

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

340

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert GUICHARD

Né le 4 juin 1905 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**ÉTUDE DES VOIES DE DRAINAGE
DES COLLECTIONS PELVIENNES
CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME**

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert GUICHARD

Né le 4 juin 1903 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**ÉTUDE DES VOIES DE DRAINAGE
DES COLLECTIONS PELVIENNES
CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME**

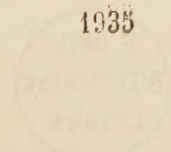
Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . .	Pathologie médicale.
BOULIN . . .	Pathologie médicale.
BULLIARD . . .	Histologie.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON . . .	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD . . .	Parasitologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . . .	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSY . .	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE . . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BROCQ. . . .	Clinique chirurgicale.
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CADENAT . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Clinique médicale.	GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
BRULE. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER . .	Clinique chirurgicale.
CHABROL . . .	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	QUENU	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	VELTER	Clinique chirurgicale.
HARVIER. . . .	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	GUENIOT. . . .	Clinique obstétricale.
SÉZARY	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
VALLERY — RA-		LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
DOT (Pasteur)	Clinique médicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur CHARLES LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, en hommage de notre vive
reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1923. — M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*).
- 1924. — M. le Professeur GOSSET.
- 1924. — M. le Professeur ROGER.
- 1925. — M. le Docteur BAUMGARTNER.
- 1925. — M. le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*).

Externat

- 1926. — M. le Professeur agrégé CADENAT.
- 1927. — M. le Docteur FLANDIN.
- 1928. — M. le Docteur HERSCHER.

Internat

- 1929. — M. le Professeur SORREL.
- 1930. — M. le Professeur HARTMANN.
- 1931. — M. le Professeur agrégé OKINCZYC.
- 1932. — M. le Professeur agrégé PAUL MOURE.
- 1933. — M. le Professeur agrégé CADENAT.

INTRODUCTION

Les interventions qui visent au drainage des collections pelviennes sont parmi les plus anciennement pratiquées ; elles ont été imaginées par analogie avec le drainage naturel de ces collections qui guérissent souvent par ouverture spontanée dans le vagin ou le rectum, et elles ont été longtemps les seules interventions qu'on pouvait se permettre vis-à-vis des lésions abdomino-pelviennes.

Les progrès de la chirurgie abdominale les ont reléguées à un plan plus modeste, mais on s'est rendu compte qu'on avait été trop loin dans ce sens, et en raison du risque opératoire qu'on faisait courir aux malades par des interventions à chaud, et en raison des troubles fonctionnels succédant aux mutilations chirurgicales.

Actuellement, en dépit des traités classiques qui donnent des règles de l'emploi des voies naturelles de drainage, il ne semble pas que la conduite des chirurgiens soit uniforme.

Les uns et les autres disent et pensent appliquer ces règles, mais la façon de choisir les cas qui en sont jus-

ticiables varie de détails parfois difficiles à apprécier qui n'en sont pas moins cause d'importantes divergences de thérapeutique. Pour ne citer qu'un exemple, dans deux services de chirurgie d'un hôpital parisien recevant le même recrutement, on a pratiqué en un an dans l'un d'eux 30 colpotomies, et dans l'autre 7.

Il nous a paru intéressant de reprendre à l'aide d'observations et de la littérature l'étude des indications de ces interventions, des modalités de technique qui peuvent influencer sur les résultats et par conséquent sur l'opinion qu'on se fait de la valeur de ces interventions.

Nous étudierons successivement :

Les collections pelviennes de la femme justiciables du drainage vaginal ;

Les indications de la colpotomie avec les quelques points de technique qui dans chaque cas nous semblent susceptibles d'influer sur le résultat ;

Les complications de la colpotomie, et les critiques qu'on lui a adressées, que nous discuterons.

A l'étude de la colpotomie, nous joignons celle de la ponction du cul-de-sac de Douglas, précieux moyen de diagnostic qui n'a pas acquis, croyons-nous, dans l'examen gynécologique, la place qu'il mérite.

Nous étudierons ensuite les différentes voies de drainage des collections pelviennes chez l'homme, parmi lesquelles nous ferons une place à part au drainage rectal, et nous discuterons les indications respectives de ces deux voies de drainage chez la femme.

Il est difficile de trouver sur un tel sujet des observations concluantes : trop souvent les malades échappent à tout contrôle et les mauvais résultats, qui sont aussi les plus intéressants, sont ceux qu'on retrouve le plus difficilement.

Aux observations que nous avons recueillies pendant notre internat, nous avons joint quelques observations prises dans la littérature qui nous ont semblé particulièrement intéressantes à des titres divers.

Nous savons que le sujet de cette étude peut paraître retardataire, qu'on peut nous accuser de faire fi des possibilités de la chirurgie abdominale.

Il nous a cependant semblé que des interventions simples et bénignes, non mutilantes, même si dans la majorité des cas elles sont incapables à elles seules d'amener la guérison définitive, méritaient mieux que d'être considérées comme un pis-aller.

Les collections pelviennes de la femme susceptibles d'être abordées par voie vaginale

Dans les premières années du xx^e siècle, on connaissait bien déjà les différentes formes anatomo-cliniques des suppurations pelviennes de la femme. Lawson Tait avait depuis longtemps fait connaître la forme de suppuration annexielle la plus typique, la plus simple, la plus chirurgicale : le pyosalpinx. D'autres auteurs avaient individualisé, sous des noms variables : përisalpingite, abcès përitonéal, abcès du Douglas, pelvi-përitonite, les différents aspects et les différentes localisations que peut revêtir la réaction përitonéale, suppurée ou non, qui entoure des annexes malades ; enfin les suppurations sous-përitonéales, leur forme basse surtout, phlegmon de la gaine hypogastrique, avaient été récemment mises au point par Pierre Delbet.

Cependant, on ne peut pas ne pas être surpris en lisant des observations de drainage des collections pelviennes datant de cette époque de la confusion qui régnait et des cas disparates qui étaient soumis aux mêmes thérapeutiques avec des résultats bien peu comparables, cela va sans dire.

C'est ainsi qu'on voit des observations de drainage par colpotomie appliqué à des infections puerpérales, les unes avec succès, les autres suivies de mort. Leurs auteurs ne semblent pas avoir tiré de ces cas les conclusions qui furent par la suite admises ; drainer la péritonite n'est pas tout, il faut également en traiter la cause.

C'est dire qu'actuellement on ne fait plus la colpotomie seule pour traiter une péritonite généralisée, qu'elle soit ou non d'origine génitale.

Qu'on la fasse à titre complémentaire pour drainer la cavité péritonéale en son point le plus déclive après une intervention abdominale quelconque, qu'on la fasse associée à un drainage abdominal réalisant ainsi un drainage abdomino-vaginal, cela sort du cadre de notre étude et nous n'aurons en vue ici que les collections pelviennes enkystées, séparées de la grande cavité péritonéale par des barrières d'adhérences ou par la paroi propre de l'organe dans lequel siège la collection liquide. Nous aurons en vue également les collections sous-péritonéales qui relèvent d'un drainage comparable.

Les collections qui nous intéressent ici sont pratiquement toujours d'origine génitale.

Les unes sont intra-tubaires, séreuses ou suppurées ; d'autres sont extra-tubaires mais intra-péritonéales ; d'autres sont extra, sous-péritonéales plutôt.

Elles apparaissent à des distances variables des culs-de-sac vaginaux : Les unes sont abdomino-pelviennes, accessibles par voie vaginale, mais aussi par voie abdo-

minale, péritonéale ou sous-péritonéale ; les autres dans le fond du pelvis, latérales ou médianes sont plus accessibles aux voies d'exploration et de drainage périnéales. Entre les deux enfin il existe des formes mixtes qu'il est possible, après effondrement du cul-de-sac postérieur d'atteindre par voie vaginale à bout de doigt ou d'instrument.

COLLECTIONS PELVIENNES HAUTES.

Il peut s'agir de salpingite :

soit poussée aiguë se greffant sur des lésions chroniques, entraînant alors la formation d'un pyosalpinx ;

soit première crise de salpingite aiguë très violente survenant chez une femme jeune sans passé génital, déterminant rapidement la formation de pyosalpinx uni ou bilatéraux, demeurant ou se fixant en position haute. Cette forme donne souvent lieu au début à un tableau de réaction péritonéale violente et l'expectative n'est parfois acceptée qu'à contre-cœur par le chirurgien, même après plusieurs examens successifs.

Cependant si l'on temporise, la phase aiguë dure peu, à moins d'aggravation et de péritonite extensive, et finalement l'infection se stabilisera sous forme de pyosalpinx uni ou bilatéraux qui pourront se résorber si l'infection est atténuée, ou bien s'entourer d'adhérences plus ou moins serrées retenant entre elles des poches de pelvi-péritonite.

Cliniquement les symptômes vont évoluer parallèlement : sous l'effet du traitement habituel : repos, glace sédatifs de la douleur, associés ou non à la vaccinothé-

rapie, les phénomènes douloureux s'amendent et l'on peut assister à la régression des lésions jusqu'à guérison clinique.

Dans d'autres cas malgré un traitement semblable, la situation s'éternise, la maladie passe par des alternatives de sédation et d'aggravation ; le traitement apparaît comme devant être interminable ; des conditions sociales se surajoutent pour forcer la main du chirurgien qui essaie encore de temporiser, et en fin de compte il faut se résoudre à une intervention.

Arrivée à ce stade la lésion n'est plus aussi simple : à la collection tubaire s'est ajoutée de la pelvipéritonite, et celle-ci modifie complètement l'aspect anatomique des lésions et les indications thérapeutiques.

LA PELVI-PÉRITONITE.

Elle s'est développée au contact d'annexes remplies de pus, ou parfois simplement enflammées. Tout autour de celles-ci se sont créés des barrières de défense sauvant la malade de l'infection massive de la grande cavité péritonéale, mais entravant la résorption de ses lésions. Car entre ces adhérences un épanchement séreux d'abord mais qui devient ensuite fréquemment purulent s'est formé. La résorption d'un tel épanchement est possible certes surtout lorsqu'il séreux, et même lorsqu'il est devenu purulent ; plus souvent la situation s'éternise et deux alternatives se présentent alors au chirurgien : intervention abdominale mutilante, ou bien tentative de drainage par voie vaginale qui permettra ensuite, s'il réussit, la reprise du traitement conservateur.

Mais nous avons en vue ici les formes hautes et il s'en faut dans ces cas que la colpotomie soit toujours possible. C'est le toucher, vaginal ou rectal, qui va nous guider.

Lorsqu'on pratique le toucher vaginal pour la première fois chez une telle malade, il n'est pas rare de sentir à bout de doigt des lésions tellement haut situées, séparées du cul-de-sac vaginal par un espace mort dans lequel il peut cependant y avoir quelque chose, ce quelque chose ayant des chances d'être une anse intestinale, sigmoïde ou grêle prolabée, qu'il est déraisonnable d'aller chercher par cette voie une collection dont on ne peut préciser ni la situation exacte, ni l'étendue, ni l'unité ou la multiplicité des poches. Il serait plus déraisonnable encore de faire une ponction à travers cette région dangereuse séparant la vagin de la poche.

Ici la répétition du toucher vaginal va être d'un grand secours il permettra souvent en effet d'apprécier un abaissement progressif des lésions collectées, soit que celles-ci s'abaissent réellement, ce qui peut être le cas pour des pyosalpinx jeunes qui se prolagent, soit que l'extension de la pelvi-péritonite atteigne progressivement les régions les plus déclives de la cavité pelvienne. Cet abaissement progressif des collections primitivement haut situées est un phénomène courant en pratique gynécologique et lorsqu'on est convaincu de l'intérêt qu'il y a à tenter un drainage par colpotomie pour toute lésion génitale qui refroidit mal, à la seule condition qu'il soit possible sans danger, on conçoit toute l'importance de cette notion.

Un autre phénomène non moins heureux au cours de l'évolution de ces lésions annexielles, peut être mis en évidence par le toucher répété : en même temps qu'elles s'abaissent, les collections situées non seulement haut, mais latéralement ont tendance à se rapprocher de la ligne médiane vers le fond du cul-de-sac de Douglas, diminuant ainsi considérablement les hasards et les dangers de la colpotomie.

Quelle conduite sera t-on amené à tenir en présence d'une malade porteuse de lésions hautes qui n'ont aucune tendance ni à la guérison, ni à l'abaissement jusqu'à proximité du fond du cul-de-sac ?

L'intervention par voie haute ne saurait être que mutilatrice : ces lésions annexielles ne guérissent presque jamais par une intervention soit unilatérale, soit conservatrice, et l'on voit trop souvent actuellement des femmes soumises à des interventions itératives parce que la louable tentative de conservation du premier opérateur n'a pas été couronnée de succès.

La fréquence de ces faits a amené certains chirurgiens à une formule un peu trop absolue peut être mais qui paraît néanmoins d'accord avec de nombreux cas. Cette formule : « tout ou rien » n'est acceptable que si elle est tempérée par un conservatisme à outrance.

Conservation à outrance ne veut pas dire à notre avis abstentionnisme chirurgical ; pour tenter la conservation avec des chances de succès lorsque les lésions sont importantes, il faut ajouter aux moyens thérapeutiques systématiquement mis en œuvre des méthodes permettant, activant la résorption des exsudats de réac-

tion péritonéale, vidant des collections sous tension, drainant les abcès.

Ce rôle, c'est la colpotomie qui devra le jouer et les auteurs allemands ont fréquemment et récemment insisté sur la valeur de ce mode de traitement agissant comme facteur de décompression pelvienne et d'accélération de la résorption. Ces considérations rendent légitimes les tentatives de colpotomie même lorsqu'elles s'annoncent difficiles, comme dans le cas que nous venons d'étudier : lésions hautes qui n'ont aucune tendance à s'approcher du fond du Douglas. Nous en étudierons plus en détail les indications et la technique.

COLLECTIONS PELVIENNES BASSES.

Nous passerons plus rapidement sur ces collections pelviennes basses qui donnent bien moins lieu à discussion.

Ces collections développées ou arrivées par migration ou extension jusqu'au fond du pelvis peuvent également être soit tubaires (pyosalpinx prolabé), soit péritonéales (abcès du Douglas), soit encore mixtes.

Leur évolution clinique et anatomique est comparable à celle des précédentes mais est beaucoup plus facile à apprécier au toucher ; l'abord en est plus aisé et sans risques à travers le cul-de-sac postérieur, sans aucune interposition à craindre. Le seul point qui soit ici sujet à discussion est le suivant : Certains prétendent qu'il est dangereux et inutile de vider et drainer par colpotomie les pyosalpinx et qu'il faut réserver cette intervention aux abcès du Douglas.

Cette opinion quoiqu'appuyée sur des arguments précis nous paraît très discutable et nous étudierons plus loin les arguments pour et contre.

Avant d'entreprendre plus en détail l'étude de la colpotomie dans les différentes formes de suppurations pelviennes de la femme, il nous faut citer d'autres collections qui en sont également justiciables :

l'hématocèle rétro-utérine suppurée ;

le phlegmon du ligament large dans sa forme basse,
phlegmon de la gaine hypogastrique de Pierre Delbet.

LA COLPOTOMIE

Indications. Contre-indications. Technique

Il n'est pas question de reprendre ici dans tous ses détails la technique de la colpotomie. Partout sont abandonnés les instruments spéciaux : trocart de Laroyenne, pince-trocart de Chaput, plus dangereux qu'utiles. Notons cependant que les auteurs allemands qui depuis quelques années s'intéressent vivement à la colpotomie ont réinventé une pince-trocart dont le moins qu'on puisse dire est que le besoin ne s'en faisait pas sentir.

En effet, quel que soit le cas dans lequel on se trouve avoir à faire ou à tenter de faire une colpotomie, l'instrumentation est et doit être réduite au minimum.

S'il s'agit d'une collection bombant dans le Douglas, repoussant la paroi postérieure du vagin, le manuel opératoire est simple, l'instrumentation aussi : un coup de ciseaux bien dirigé à l'insertion du vagin sur le col ouvre la collection ; une pince y introduit un drain et c'est tout.

Quelles sont les collections qu'on a ainsi vidées ?

Car c'est là le point sur lequel les discussions commencent à s'élever.

Dans la règle, il s'agit d'un *abcès du Douglas*, pelvipéritonite localisée au point le plus déclive du bassin ; il est généralement dû à une annexite inflammatoire ou suppurée, gonococcique ou *post-partum*. Si la poussée aiguë qui a donné naissance à l'abcès du Douglas n'a pas été trop violente, il y a lieu d'espérer que la poche de pelvipéritonite est unique et que l'annexite causale n'est pas suppurée.

Ces cas fournissent incontestablement la majeure partie des guérisons définitives après colpotomie.

Mais on peut ouvrir aussi par cette voie des abcès tubaires prolabés, survenus dans des conditions analogues à celles de l'abcès du Douglas, chez un femme jeune, au cours d'une poussée aiguë d'annexite. A moins que rapidement le traitement médical amène une sédation des symptômes douloureux et une diminution des signes fournis par le toucher, nous ne croyons pas qu'il y ait quelque inconvénient à ouvrir par cette voie un abcès tubaire qui se présente dans de telles conditions, bien au contraire.

Et ici nous nous trouvons en contradiction avec certains chirurgiens qui n'acceptent la colpotomie que comme intervention d'urgence, et à condition de ne la diriger que contre les suppurations extra-tubaires. Leur principal argument, que nous discuterons longuement plus loin, est la possibilité de fistules tubo-vaginales.

Examinons leurs arguments et tentons d'y répondre.

Et tout d'abord est-il toujours facile ou même possible de différencier cliniquement une pelvipéritonite péri salpingienne d'un abcès tubaire ?

Nous ne le pensons pas ; les signes distinctifs qui nous sont proposés ont trait à *l'état général* :

Dans la salpingite l'état général est moins grave la collection étant entourée d'une barrière plus importante moins perméable ;

Dans la périsalpingite l'état général est plus grave la résorption toxique est plus importante, la barrière qui entoure le pus est friable et poreuse ;

Et par conséquent, c'est la périsalpingite qui pose le plus souvent le problème de la colpotomie d'urgence ;

Les renseignements fournis par le *toucher* sont non moins importants : en cas de salpingite, la masse est postéro latérale par rapport au col, lequel est refoulé du côté opposé ; la masse est en moyenne du volume du poing, arrondie, lisse, douloureuse mais pas excessivement.

Si c'est une périsalpingite, le toucher vaginal est beaucoup plus douloureux, la paroi vaginale est épaissie, œdématiée, l'empâtement est diffus, on peut sentir une vague fluctuation.

Il existe un blocage partiel ou total du pelvis qui se perd progressivement sur les côtés, descend en pointe sur la cloison recto-vaginale, immobilise le corps utérin qui est perdu dans son épaisseur.

Le toucher rectal montre un gâteau pelvien dur, plus

ou moins bombant, mais derrière lequel le doigt ne perçoit ni le corps utérin ni les trompes.

En réalité, les signes de toute collection développée au contact même du vagin, avec une cloison de séparation très amincie sont très comparables et de même que les signes de rectite avec émission de glaires et ténesme sont surtout des signes de collection suppurée arrivée au contact du rectum, mais peuvent aussi bien signaler la présence d'un pyosalpinx en train de se rompre dans le rectum, de même, les signes décrits plus haut comme signes de pelvi-péritonite sont tout aussi bien des signes de pyosalpinx tendant à se rompre dans le vagin et commandent dans les deux cas la colpotomie.

On ne peut pas davantage se baser sur la flore microbienne étudiée par ponction pour distinguer ces deux variétés de collections pelviennes. Des examens ont été pratiqués en série par des auteurs allemands dans les deux cas : la flore s'est montrée presque identique.

Il peut donc être très difficile de distinguer par les moyens cliniques pyosalpinx et abcès ; on ne peut tenir compte d'une distinction aussi subtile pour poser une indication ou une contre-indication à une intervention ; mais il y a plus.

On sait la fréquence de lésions combinées : pyosalpinx et abcès périsalpingien ; chez les femmes plus âgées à passé génital chargé les lésions sont encore plus complexes, souvent bilatérales, et cette complexité est une des causes les plus fréquentes d'échec de la colpotomie. Mais chez les femmes jeunes porteuses d'une lésion assez simple, abcès du Douglas surmonté d'un pyosal-

pinx unique, devrait-on se contenter de vider l'abcès sans toucher, au pyosalpinx ? C'est contraire à tous les principes de chirurgie générale. et nous ne pensons pas qu'il y ait une exception à faire ici. Il faut au contraire, lorsqu'on a vidé une poche par colpotomie, explorer au doigt et vérifier qu'il n'existe pas une deuxième poche plus haut située, la vider et la drainer également. On en sera récompensé par la chute de température, l'amélioration de l'état général et la mise en sommeil des lésions.

Si l'on refuse aux pyosalpinx le droit à l'ouverture vaginale, doit-on attendre, si leur évolution est telle, leur ouverture spontanée dans un viscère ou leur rupture en péritoine libre ?

Où doit-on précipiter une intervention abdominale sur les lésions en pleine évolution, virulentes et d'abord difficile ?

Un dernier argument nous est fourni par Morice dans sa thèse inspirée par Lardennois. Il y défend le principe de l'ouverture par laparotomie — à froid bien entendu — des pyosalpinx. La poche ouverte est lavée, puis refermée. Sur les dix observations suivies, il n'y a aucune complication, toutes les malades ont guéri de la façon la plus simple.

Ceci nous amène à penser qu'une trompe envahie par le pus n'est pas une trompe définitivement perdue : cet organe vidé du pus qu'il contient peut ensuite reprendre une morphologie normale et si l'infection des voies génitales qui lui avait donné naissance est correctement traitée, il y a possibilité de guérison définitive.

Morice explique cette facilité de guérison par la structure histologique de l'organe qui ne contient pas de glandes, peu ou pas de tissu lymphatique et qui se prête peu à la rétention de microbes en sommeil longtemps inoffensifs, susceptibles de se réveiller sous une influence quelconque, comme c'est le cas pour l'urètre masculin ou le col de l'utérus. Quoique la salpingotomie n'ait guère de partisans en tant qu'intervention conservatrice, les quelques faits qui précèdent nous semblent un argument de plus à tenter par un drainage vaginal en période aiguë la conservation d'un organe susceptible de guérison complète et définitive.

PELVI-PÉRITONITE SÉREUSE.

L'ouverture par colpotomie d'une collection séreuse ne doit ni surprendre ni arrêter le chirurgien ; c'est une éventualité trop connue pour que nous y insistions que la fréquence de cette poche de pelvi-péritonite non suppurée. « Ce n'est que plus haut, nous dit J.-L. Faure, formant en général, la voûte de la cavité qu'on vient de vider, qu'on voit ou qu'on perçoit une poche suppurée ».

Mais d'autre part la collection séreuse pour n'être que le prélude d'une pelvi-péritonite suppurée et l'on conçoit aisément que l'incision vaginale pratiquée de façon précoce jugule l'inflammation et rende de grands services en diminuant la tension intra-pelvienne et en drainant le petit bassin. Ici la colpotomie a de grandes chances d'être curative de façon durable.

Déjà dans ce seul cas de colpotomie pour collections basses, au contact même du cul-de sac postérieur

qu'elles repoussent plus ou moins, on voit la variété des lésions que l'incision de ce cul-de-sac évacue : abcès du Douglas, salpingite prolabée, pelvi-péritonite non suppurée.

Nous avons dit combien un diagnostic préalable de lésion nous semble difficile et hasardeux. Nous ne croyons pas d'ailleurs que l'ouverture systématique de ces collections puisse le moins du monde influencer défavorablement sur l'évolution des lésions, et que dans la majorité des cas cette action est favorable.

Et nous concluons, malgré les inconvénients qui peuvent survenir dans un petit nombre de cas, que toute collection pelvienne d'apparence suppurée, qui arrive au contact du cul-de-sac de Douglas, peut et doit être ouverte par cette voie, ou si l'on veut, disons comme notre Maître le Professeur Hartmann, qu'il faut colpotomiser toute masse qui présente un point douloureux précis, comme n'importe quel abcès en quelque point du corps.

Quant à juger la valeur de la colpotomie et ses résultats suivant la nature de la lésion, c'est presque impossible : la presque totalité des observations ne mentionne pas s'il s'agit d'abcès de Douglas ou d'abcès annexiel, et nous croyons cette carence explicable par ce simple fait que dans la majorité des cas ce diagnostic n'avait pu être fait. Mais il est exagéré de prétendre comme on l'a fait que cette ouverture peut être dangereuse dans le cas d'abcès tubaire. Nous discuterons plus loin les accidents et les complications qui auraient été observés à la suite de l'intervention,

KYSTES SUPPURÉS DE L'OVAIRE, HÉMATOCÈLE SUPPURÉE.

Ces cas ne prêtent guère à discussion ; le kyste suppuré de l'ovaire n'est justiciable de la colpotomie que lorsqu'il est fixé en situation basse et le diagnostic en est alors rarement fait ; mais il est bien certain que la colpotomie donne des résultats médiocres, parfois des fistules et expose en tous cas à la nécessité d'une intervention ultérieure délicate. Dans tous les cas où le diagnostic aura été fait avant et que la chose sera possible, il vaudra mieux intervenir d'emblée par voie abdominale.

Au contraire le type idéal d'abcès du Douglas pur justiciable de la colpotomie nous est fourni par l'hématocèle suppurée rétro-utérine. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici de l'hématocèle non suppurée, récente ou ancienne, qui ne relève et ne peut relever que d'une intervention abdominale ; mais toutes les fois qu'au cours de l'évolution d'une hématocèle rétro-utérine connue ou méconnue, apparaissent des signes de suppuration, vérifiés au besoin par une ponction exploratrice, la colpotomie est l'opération de choix, qui répond parfaitement à l'indication posée : vider et drainer un hématome enkysté infecté, et la guérison est presque toujours complète et définitive.

LA COLPOTOMIE DANS LES COLLECTIONS LATÉRALES.

C'est à dessein que nous évitons le terme de colpotomie latérale : intervention dangereuse, risquant de lésar l'artère utérine et l'uretère. Nous allons voir que des manœuvres simples permettent d'en éviter l'emploi.

Une collection latérale, mais au contact immédiat du cul-de-sac vaginal peut sans danger être ouverte par colpotomie, à condition de faire prudemment aux ciseaux une incision franchement postérieure et médiane sur l'insertion du vagin. Ensuite il est facile, au doigt ou à l'aide d'un instrument mousse, d'ouvrir une collection latérale et basse.

Il s'agit ici d'une suppuration sous péritonéale, forme basse du phlegmon du ligament large, phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet, souvent considéré comme un adéno phlegmon des ganglions, relais des lymphatiques de l'utérus. Quoi qu'il en soit, ces phlegmons sont toujours secondaires à une infection utérine, *post-abortionum* ou *post-partum* le plus souvent ; parfois au cours de l'évolution d'un cancer du col ou du corps de l'utérus.

Les symptômes en sont, au début, une élévation de température avec frissons, et localement un empatement d'un cul-de-sac avec léger bombement fixe et douloureux. Puis, alors que l'abdomen reste souple, le toucher vaginal montre une masse postéro-latérale, toujours strictement unilatérale, encadrant le col et remontant plus ou moins haut le long de l'utérus, faisant corps avec lui. L'immobilité absolue, la stricte unilatéralité des lésions aident à différencier cette suppuration d'une pelvi-péritonite ou d'une salpingite suppurée. La colpotomie est le traitement de choix de ces suppurations qui, livrées à elles-mêmes, iraient s'ouvrir dans le rectum ou le vagin, mais il faut :

1° Attendre que le pus soit bien collecté, ce qui de-

mande parfois assez longtemps, et les signes physiques sont souvent difficiles à interpréter sur ce point ;

2° Attendre aussi que la collection haute au début ait suffisamment rapproché son pôle inférieur du cul-de-sac vaginal, et si le pôle semble se rapprocher insuffisamment, penser que ce n'est peut-être que la partie inférieure d'un de ces abcès sous-péritonéaux abdominaux, phlegmon du ligament large proprement dit, qu'il conviendrait d'ouvrir par voie abdominale sous-péritonéale, ou parfois par les deux voies combinées ;

3° Prendre les précautions que nous avons dites : faire une colpotomie postérieure et médiane, qu'on latéralisera ensuite avec prudence plutôt que faire d'emblée une colpotomie latérale.

Les collections latérales peuvent siéger plus haut, et sauf le cas déjà signalé de phlegmon sous-péritonéal, il s'agit de pelvipéritonite ou plutôt de poche annexielle non prolabée. La discussion qui se pose ici est la même, que ces collections soient latérales ou médianes.

COLLECTIONS PELVIENNES HAUTES.

Il s'agit ici de collections pelviennes qui ne font pas saillie dans les culs-de-sac vaginaux, mais qui sont cependant perceptibles au toucher, au moins par leur pôle inférieur. Leur pôle supérieur est mieux perçu par l'abdomen, et souvent c'est la main abdominale qui permettra, en abaissant la masse, de la mieux percevoir au toucher et de la rendre accessible à la colpotomie.

A-t-on le droit de tenter ici la colpotomie ?

Ce problème soulève une question d'indication opératoire et une question de technique.

L'indication opératoire est fournie par plusieurs facteurs :

Le temps durant lequel a été mis en œuvre un traitement médical nous semble une donnée essentielle. Si malgré un traitement bien conduit et longtemps poursuivi, les lésions ne se résorbent pas, une résolution thérapeutique énergique s'impose ;

La répétition fréquente des poussées inflammatoires malgré de longues périodes de repos, qui transforme ces femmes en infirmes incapables à tout rôle social, ces indications étant d'ailleurs celles de toute intervention conservatrice ou non, au cours de l'évolution des annexites.

Pour que la préférence soit donnée à la colpotomie, d'autres facteurs sont à considérer :

Il faut que les lésions soient suppurées, ou tout au moins qu'elles contiennent des poches liquidiennes. Ce point est souvent difficile à établir et justifie les colpotomies exploratrices et les ponctions dans les conditions et avec les précautions que nous étudierons.

Il faut encore que ces collections soient nettement limitées par des barrières de défense de la grande cavité péritonéale. Ce point est parfois assez difficile à apprécier, cependant au cours d'une poussée aiguë, où celle-ci étant apaisée, sans défervescence complète, si l'abdomen est souple, s'il n'y a aucun signe de réaction péritonéale, si au contraire l'empâtement pelvien est important, douloureux et fixé, il est bien probable que le péritoine est protégé.

Une autre condition pour que la colpotomie soit indiquée, c'est que les lésions tout en étant accessibles par voie vaginale, n'aient plus aucune tendance à s'abaisser, ce qui indiquerait d'attendre qu'elles deviennent plus accessibles, sans aucune interposition possible.

Un dernier argument enfin nous est fourni par l'âge de la malade et l'ancienneté de son passé génital, car d'une part la colpotomie est une intervention essentiellement conservatrice, qui, si elle réussit, amène une guérison sans mutilation et sans les troubles qui en résultent; d'autre part la colpotomie a d'autant plus de chance d'être curatrice que la malade est plus jeune, que son passé est moins chargé et que ses lésions sont moins complexes et unilatérales.

Chez la femme plus âgée, au contraire, les lésions sont presque toujours devenues bilatérales, des poches multiples de pelvipéritonite emplissent le bassin, et la colpotomie, si elle ne fait pas courir un grand risque à la malade, ne la guérira pas.

Chez ces femmes âgées, à lésions génitales anciennes et complexes, la colpotomie ne paraît avoir un rôle que comme intervention d'urgence, susceptible de parer à des accidents aigus d'infection pelvienne localisée au cul-de-sac de Douglas, mais non de procurer une guérison stable qui ne peut plus être donnée que par une intervention mutilante.

Nous avons dit que l'appréciation des cas où la colpotomie est avantageuse ou possible est souvent délicate, en se basant sur le seul examen clinique.

C'est ici le lieu d'insister sur une manœuvre qui n'a

pas acquis en technique gynécologique le rôle important qu'elle mérite par sa bénignité et par l'importance des renseignements qu'elle donne : la ponction du cul-de-sac de Douglas.

La ponction du cul-de-sac de Douglas

Cette manœuvre, d'un usage courant pour de nombreux chirurgiens est complètement méconnue par d'autres.

Elle n'a jamais fourni en France l'occasion d'un travail d'ensemble : une intervention de J. L. Faure à la Société de Chirurgie, qui déclare la pratiquer souvent, et un article de Chifoliau et Moyse qui insistent à juste titre sur les avantages et l'innocuité de la méthode, sont les seules références qu'il nous soit possible de citer.

Par contre les Allemands ont consacré à la question d'importants travaux, parmi lesquels celui de Zondek et Knorr, auquel nous avons fait de fréquents emprunts, est le plus documenté.

La ponction du Douglas peut-être pratiquée dans un but thérapeutique ou diagnostique. Nous verrons que sa valeur thérapeutique est assez minime ; sa valeur diagnostique par contre est immense même si l'on tient compte de l'exagération de quelques adeptes enthousiastes.

Sa technique est simple ; malgré l'opinion des auteurs allemands, l'anesthésie générale n'est pas indispensable dans la majorité des cas. Une valve ou à la

rigueur un spéculum, une pince de Museux, une grosse aiguille assez longue et une seringue en constituent tout le matériel.

A condition de piquer juste sur la ligne médiane postérieure, au contact du col, après une bonne antiseptie vaginale, les dangers sont pratiquement nuls.

INCIDENTS ET ACCIDENTS.

Nous serons bref sur ce point, nous proposant d'insister plus loin sur les accidents de la colpotomie.

Le *risque d'infection* qui a été reproché à la ponction du Douglas est absolument négligeable si l'on a pris soin de désinfecter correctement le vagin. Dans les statistiques allemandes que nous avons eues sous les yeux plus de 2000 ponctions ont été pratiquées sans accident d'infection. Chifoliau et Moyse considèrent également ce risque comme inexistant.

Le *danger d'hémorragie* existe certes, mais avec un peu de prudence elle peut être évitée dans l'immense majorité des cas. On fait allusion ici non pas à l'hémorragie peu abondante qui suit la ponction d'un foyer inflammatoire, suppuré ou non et qui n'est jamais inquiétante, mais à l'hémorragie plus grave par piqure vasculaire. Des cas sont cependant signalés : lésion de l'artère utérine suivi d'infection : un cas cité par von Konrad où l'hémorragie aurait causé la mort malgré l'intervention abdominale immédiate. Ces accidents sont toujours dus à des ponctions latérales ; il suffit d'abandonner cette pratique pour les éviter.

La *fistule* n'a jamais été vue non plus, malgré même

la piqûre d'une anse grêle dans un cas de Heynemann ; une seule par piqûre du gros intestin adhérent au Douglas dans un cas de Conrad a guéri spontanément.

La rupture en péritoine libre de la collection pelvienne enkystée après ponction est tout aussi exceptionnelle.

Notons ici que tous les auteurs sont d'accord pour recommander que la ponction ne soit faite que sur des malades hospitalisées, examinées cliniquement avec soin et gardées en observation.

Ceci dit pour écarter les reproches de danger et la réputation souvent fâcheuse dont jouit la ponction du Douglas, que peut-on attendre d'elle ?

Elle peut donner des résultats positifs ; une quantité plus ou moins importante de liquide dont les caractères macroscopiques et microscopiques seront d'un utile appoint au diagnostic.

Des résultats négatifs ont aussi leur valeur dans des cas que nous étudierons et ceci nous amènera à parler des causes d'erreur.

Enfin nous dirons quelques mots de la valeur thérapeutique qu'on a voulu lui attribuer.

RÉSULTATS POSITIFS.

Ceux-ci ont été bien étudiés par Zondek, et nous lui empruntons quelques-unes des remarques qu'il émet à ce sujet.

L'aiguille de ponction peut selon les cas ramener :

1° Du sang liquide ;

2° Du sang et des caillots ;

- 3° Un liquide rouge brunâtre ;
- 4° Un liquide visqueux ;
- 5° Un liquide aqueux clair ou trouble ;
- 6° Une sérosité louche ;
- 7° Du pus.

1° Le sang liquide peut provenir d'une hématocele ou d'un vaisseau piqué ; une petite quantité ne signifie rien, d'ou cette règle admise par tous qu'il faut retirer au moins 5 cc. de sang pour se permettre de tirer une conclusion.

Pour avoir une plus grande certitude encore, il est bon de remuer l'aiguille pendant la ponction, de l'enfoncer et de la retirer de quelques millimètres.

Le sang qu'on retire dans ces conditions est du sang foncé ; il peut être dû à une hématocele, c'est le cas le plus fréquent, ou à une hémorragie ovarienne, plus rarement à un kyste hématique de l'ovaire.

2° Dans d'autres cas, en vidant la seringue, on constate la présence de petits caillots ; ceci impose immédiatement l'idée de grossesse extra-utérine.

3° Le liquide retiré est rouge brunâtre, plus ou moins clair ; ce n'est en tous cas pas du sang pur : il s'agit alors selon toute vraisemblance de kyste de l'ovaire tordu. Zondek affirme avoir porté ce diagnostic dans 3 cas sur le seul aspect du liquide et l'avoir vérifié à l'intervention.

4° Le liquide visqueux est tout aussi caractéristique ; il s'agit d'un kyste de l'ovaire à contenu muqueux ; l'aspiration est d'ailleurs souvent difficile, à cause de l'épaisseur du liquide.

5° S'il s'agit de liquide séreux clair ou trouble, les données de l'examen macroscopique sont insuffisantes. L'examen cytologique et bactériologique s'impose. Une manœuvre cependant facilement utilisable en clinique, mais que nous n'avons pas l'habitude de pratiquer en diagnostic gynécologique, permet d'orienter le diagnostic avant la réponse du laboratoire : c'est la réaction de Rivalta dont la technique nous est rappelée par Zondek.

Dans un récipient contenant 200 cc. d'eau distillée et II et III gouttes d'acide acétique, on fait tomber quelques gouttes du liquide aspiré. La formation d'un nuage épais et d'un précipité tombant au fond du vase indique une forte teneur en albumine et, dit Zondek, un processus inflammatoire chronique.

Si le trouble est léger et inexistant, il n'y a que peu ou pas d'albumine, on doit penser à un kyste.

6° La ponction ramène une sérosité louche, fréquente dans les processus inflammatoires chroniques ; la recherche de l'albumine y est positive. Cependant un doute peut subsister entre ces réactions inflammatoires et un kyste ovarien ; mais la présence d'hormone ovarienne dans ce dernier cas, mise en évidence par la réaction biologique sur la souris permet de lever les doutes.

Dans un cas de Zondek la ponction a permis non seulement de faire le diagnostic de kyste chez une malade suspecte d'hématocèle, mais encore de la guérir par simple ponction.

7° La ponction ramène du pus et la conduite à tenir

est bien simple : on transforme extemporanément la ponction en colpotomie. Il est intéressant de noter ici que des examens bactériologiques en série ont été pratiqués par Heynemann et ont donné les résultats suivants :

Sur 100 abcès du Douglas ponctionnés puis drainés, la flore microbienne était la suivante :

Strepto-anaérobies.	41 cas
Colibacilles	20 cas
Staphylocoques	19 cas
Strepto hémolytique	8 cas
Gonocoque	1 cas

22 étaient stériles.

Sur 150 cas de pyosalpinx ou hydrosalpinx, ceux-ci étant presque toujours stériles, il note :

Strepto-anaérobies.	33 fois
Staphylo	19 fois
Coli.	13 fois
Strepto hémolytique	8 fois
Gonocoque	3 fois
Autres germes	3 fois

82 étaient stériles.

Ces deux statistiques sont très comparables ; il nous semble d'ailleurs délicat d'affirmer en faisant la ponction si la collection est un abcès du Douglas ou un pyosalpinx prolabé.

On n'est pas surpris de constater la fréquence de l'association strepto-anaérobie lorsqu'on sait l'odeur infecte

que présentent souvent ces collections. D'autre part la fréquence de cette même association microbienne non seulement dans les abcès du Douglas mais aussi, dans les pyosalpinx montre le danger qu'il y a à les opérer par voie haute, mal refroidis, et par conséquent l'intérêt qu'il y a à les aborder à chaque fois qu'il est possible par colpotomie.

RÉSULTATS NÉGATIFS, CAUSES D'ERREUR ET PONCTIONS BLANCHES.

La ponction du Douglas pratiquée dans un but de diagnostic peut donner des résultats positifs qui, soit par la présence même de liquide, soit par les caractères macroscopiques ou microscopiques de celui-ci apportent un élément de plus à l'ensemble symptomatique nécessaire pour poser l'indication thérapeutique.

Mais le résultat négatif de la ponction a aussi sa valeur dans cet ensemble symptomatique, et ceci peut se rencontrer dans divers ordres de faits.

Certaines masses inflammatoires donnent l'impression qu'elles sont liquides, collectées et la ponction blanche a l'intérêt de montrer qu'il est inutile de faire une intervention curative ou de drainage.

D'autres fois la ponction est faite sans qu'on ait eu l'impression de collection, seulement parce que les signes cliniques militaient en faveur d'une hématocele. L'absence du sang qu'on pensait trouver à la ponction est un argument de premier ordre contre ce diagnostic.

Parfois enfin, et la fréquence de ces cas augmente à mesure qu'on acquiert une plus grande confiance en la

fidélité et l'innocuité de la ponction du Douglas, l'examen clinique fait penser à une tumeur solide du cul-de-sac, mais un doute persiste cependant que seule la ponction pourra lever cette tumeur de consistance charnue, rénitente, est-elle vraiment une masse solide, ne pourrait-elle pas être aussi bien une masse kystique tendue ?

Ces hésitations se rencontrent parfois lorsqu'on examine une femme présentant une masse prolabée qui est peut-être un fibrome, mais qui peut être aussi un kyste sous tension ; d'autres fois, c'est entre utérus rétrofléchi et salpingite prolabée adhérente que la question se pose, d'autant, dans ce dernier ordre de cas, que la coexistence n'est pas rare.

Dans tous ces cas, une ponction blanche, ou ne ramenant que quelques gouttes de sang aidera à poser le diagnostic de tumeur solide.

Mais pour tenir compte d'une ponction blanche, il faut qu'elle ait été effectuée avec le maximum de chances de succès :

— en deux ou trois points saillants s'il le faut, en vérifiant entre chaque ponction qu'aiguille ni seringue ne sont bouchées ;

— en enfonçant et retirant alternativement l'aiguille, cette manœuvre permettant déjà à elle seule d'apprécier la consistance de la tumeur : liquide ou parenchymateuse, coque épaisse entourant une poche liquide ou tumeur solide sans points ramollis ;

— parfois même il faudra devant des signes cliniques et des signes de ponction contradictoires, s'astreindre

à refaire la ponction à un ou plusieurs jours d'intervalle.

Dans ces conditions et avec ces précautions on considérera comme ponction blanche celle qui ne ramènera rien ou que quelques gouttes de sang.

Avant d'examiner en détail l'appoint que la ponction peut fournir au diagnostic, il nous faut examiner des causes d'erreur :

Elles sont rares, mais il faut cependant les connaître et savoir compter avec elles :

Dans certains cas, malgré l'existence d'une hémato-cèle certaine et vérifiée à l'intervention, la ponction n'a pas ramené de sang. Ce fait peut être dû à des adhérences qui cloisonnent rapidement l'épanchement sanguin et à des anses qui viennent s'interposer entre le fond du Douglas et l'épanchement. Il serait vain et dangereux de s'obstiner dans ces cas à aborder par là la collection.

D'autres fois, de vieilles hémato-cèles organisées ne laissent plus échapper le peu de sang qu'elles contiennent. C'est ici qu'il est important de noter qu'il ne faut faire la ponction qu'avec une grosse aiguille de 15/10 mm. au moins et d'examiner le peu qu'on retire, liquide ou fragment solide encastré dans la lumière de l'aiguille.

L'erreur la plus classique est celle qui consiste à croire à l'existence d'une collection sanguine parce qu'on a ramené du sang par la ponction. Nous avons déjà vu comment éviter de confondre du sang provenant d'une piqure vasculaire avec du sang extravasé :

en aspirant une quantité suffisante de sang, en imprimant de légers déplacements à l'aiguille. Les tests biologiques, vitesse de coagulation du sang, etc., ne semblent pas avoir donné aux auteurs allemands une bien grande sécurité et ils les ont abandonnés.

Malgré ces précautions l'erreur peut subsister et nous notons sur la foi de Rissmann que du sang en quantité suffisante pour amener un doute a pu être ramené par ponction de veines variqueuses du ligament large, des grosses veines de la fin de la grossesse, d'une paroi utérine hypertrophiée par tumeur maligne, des veines variqueuses superficielles d'un fibrome sous-muqueux à évolution postérieure. Dans 2 cas le sang liquide frais ramené par la ponction provenait d'un utérus gravide rétrofléchi ; ni la ponction, ni la laparotomie consécutive n'ont interrompu la grossesse.

Et il faut avoir toujours présente à l'esprit, comme pour la colpotomie, la possibilité de poches superposées et ne pas se hâter à conclure sur l'issue d'un peu de sérosité provenant d'une poche de pelvi-péritonite séreuse doublant une poche annexielle suppurée.

La possibilité de ces causes d'erreur qui ne peuvent être complètement éliminées incite à considérer la ponction du Douglas comme un élément complémentaire de diagnostic, utile dans les cas difficiles ou douteux, et non comme une manœuvre qui permettrait de se passer de tout autre examen. Ce n'est pas en méconnaître la valeur que d'en reconnaître les limites.

VALEUR DE LA PONCTION DU DOUGLAS.

Hématocèle et salpingite : Tous les chirurgiens connaissent les difficultés de diagnostic qui surgissent fréquemment entre l'hématocèle suppurée ou non et la salpingite en poussée subaiguë accompagnée de péri-salpingite. Il est classique en effet de décrire cette forme pseudo-salpingienne de la grossesse extra-utérine rompue avec douleurs pelviennes, collection du Douglas douloureuse à la pression ; la température est élevée, peut atteindre 39°, et l'incertitude est grande.

Si le diagnostic posé est celui de salpingite, on perd un temps précieux à tenter de refroidir par un traitement médical, de la glace, des vaccins. La masse ne diminue pas, le toucher demeure sensiblement aussi douloureux. La ponction aurait d'emblée levé les doutes, et au cas où elle aurait montré du pus, qu'il s'agisse d'hématocèle suppurée ou d'annexite suppurée, elle aurait pu être utilement suivie de colpotomie de drainage.

Dans d'autres cas il s'agit de masse annexielle latéralisée ; les signes physiques et fonctionnels ne permettent pas de choisir entre hématosalpinx et annexite ; ici la ponction pratiquée selon le mode habituel sera presque sûrement blanche ; elle peut devenir dangereuse en remontant trop haut et en devenant latérale ; mieux vaut faire une petite colpotomie exploratrice suivie de ponction de la masse latérale sous le contrôle du doigt. Nous reviendrons sur ce point de technique.

Dans d'autres cas, des signes inquiétants d'hémorragie surviennent chez une femme jeune sans retard de

règles ; les signes physiques sont peu nets : seule une douleur au toucher vaginal donne une grosse présomption en faveur de l'inondation péritonéale. Une ponction du Douglas ramène du sang pur avec des caillots et affirme le diagnostic.

On a pu trouver à l'intervention (Conrad, Rissmann et Schmidt) des hémorragies du corps jaune, des hémorragies par torsion des trompes, qu'importe, il fallait intervenir d'urgence.

Hématocèle et fausse-couche : Une autre forme de grossesse extra-utérine bien connue, mais qui n'en expose pas moins à des erreurs graves, c'est la forme pseudo-abortive : les signes d'hémorragie interne sont moins marqués que l'hémorragie externe ; le retard de règles, l'utérus un peu gros avec un col mou font faire le diagnostic d'avortement. Si cependant l'attention est attirée par une masse latérale, par la douleur dans le Douglas, par l'aspect spécial des pertes sanguines, une ponction du Douglas évitera l'erreur, souvent et malheureusement pour ces malades, suivie de curettage.

Tourneux et Fabre, Henrotay, ont publié des observations illustrant ce point ; nous avons opéré une femme qui à la suite d'un accident hémorragique avait subi un curettage. Celui-ci n'avait rien ramené, mais avait déclenché une grave poussée inflammatoire pelvienne, et l'intervention abdominale ne put être entreprise que 2 mois plus tard : elle montra une hématocèle en voie de suppuration avec adhérences intestinales et pariétales ; elle fut suivie d'une fistule stercorale et la guérison ne survint que 3 mois après l'intervention.

Une ponction faite avant ou immédiatement après le curettage aurait fait gagner plusieurs mois et l'intervention aurait été beaucoup plus simple et plus bénigne.

Ceci nous fait conclure, avec Henrotay : « Lorsque au cours d'un curettage pour fausse-couche probable ou possible, la curette ne ramène rien ressemblant à des débris ovulaires, il faut ponctionner le Douglas ».

Hématocèles anciennes : Dans les vieilles hématocèles enkystées, le diagnostic est parfois très difficile : l'impression d'une masse postérieure de consistance inégale, peu ou pas douloureuse, entraînant des troubles de compression vésicale ou rectale peut être due à une hématocèle enkystée ancienne ; elle peut aussi être due à une vieille salpingite passée à la chronicité. La ponction ramenant du sang brunâtre, parfois seulement des débris solides que l'examen histologique reconnaîtra évitera les doutes et les erreurs.

Parfois au contraire la ponction négative fera réformer le diagnostic qu'on avait cru pouvoir porter d'hématocèle, pour faire admettre celui de fibrome ou de rétroversion utérine fixée.

Szthelo cite un cas d'hématocèle traitée pendant des mois par la radiothérapie avec le diagnostic de fibrome jusqu'au jour où une ponction réforma le diagnostic.

Tumeurs annexielles liquides : Kystes de l'ovaire, hydro et pyosalpinx, peuvent aussi être ainsi différenciés ; nous avons vu les caractères des différents liquides.

Masses liquides et solides du Douglas : Dans quelques

cas rares, une ponction peut n'être pas inutile pour affirmer si la tumeur perçue est solide ou liquide : nous avons déjà signalé quelques-unes de ces possibilités : Rissmann cite un cas de rupture d'un pyosalpinx par manœuvres de redressement de ce qui avait été pris pour un utérus en rétroversion, faute de signe de certitude de l'un ou de l'autre. Nous avons souvent vu pratiquer la ponction sans le moindre inconvénient dans des cas comparables où le doute subsistait entre rétroversion fixée et douloureuse et suppuration annexielle.

CAS PARTICULIERS.

La ponction a encore pu rendre de grands services dans quelques cas particuliers :

Nous l'avons pratiquée chez une malade présentant une masse liquide unilatérale qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire inclus ; l'examen microscopique du liquide citrin retiré par ponction montra de nombreux lymphocytes et de l'albumine en quantité importante, rendant probable le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse qui fut vérifiée à l'intervention.

Les gynécologues allemands étendent encore l'indication de la ponction du Douglas : ils la conseillent au début de toute infection puerpérale afin de déceler précocement l'apparition de foyers inflammatoires pelviens ou de péritonite : dans un cas de réaction péritonéale de nature incertaine, la ponction montra à Rissmann de l'eau savonneuse injectée dans l'utérus dans un but abortif.

Certains vont plus loin et recommandent son emploi au cours de tout syndrome abdominal de nature douteuse. Cette pratique a montré une fois un liquide bilieux avec bacilles paratyphiques : il s'agissait de perforation de la vésicule biliaire. Une autre fois la présence de sang dans le Douglas fit faire le diagnostic de pancréatite aiguë hémorragique, vérifiée à l'intervention. Rissmann enfin voudrait faire de la leucocytose de la sérosité retirée du Douglas par ponction un signe précoce de péritonite, et Løwe fait de la ponction un moyen non moins précoce de diagnostic de la péritonite à pneumocoques.

RÉSULTATS.

Les statistiques donnés par les auteurs allemands vont nous permettre de fixer par quelques chiffres la valeur de cette méthode de diagnostic.

Zondek a fait chez 1813 malades 85 ponctions du Douglas.

16 fois la ponction a réformé le diagnostic de grossesse extra utérine en montrant du pus.

Zeitlin estime que sur les grossesses extra-utérines qu'il a opérées, 25 % n'ont été diagnostiquées que par la ponction.

Conrad, de Berlin, chez 13.536 malades a fait 667 fois la ponction du Douglas :

61 fois pour confirmer le diagnostic clinique de grossesse extra-utérine ;

606 fois dans un but thérapeutique (ponction d'une poche de pus qu'il fait suivre ou non de colpotomie) ;

19 fois la ponction a fait faire le diagnostic de grossesse extra-utérine en retirant du sang là où il pensait trouver du pus.

Von Konrad, de Budapest, chez 1698 malades a fait 106 ponctions du Douglas.

49 fois le diagnostic clinique était celui de grossesse extra-utérine ;

34 fois la ponction ramena du sang confirmant son diagnostic ;

3 fois, du pus : abcès du Douglas ;

7 fois, du pus : pyosalpinx ;

2 fois, la ponction ramena un exsudat séreux.

2 fois, il s'agit d'hydrosalpinx ;

1 fois, de kyste de l'ovaire tordu.

Sur 40 ponctions faites avec le diagnostic d'abcès du Douglas, il trouve :

32 fois du pus ce qui confirme son diagnostic ;

7 fois du pus mêlé de sang : hématocele suppurée ;

1 fois, la présence d'une ascite hémorragique révèle une tumeur maligne vérifiée à l'intervention.

Dans 17 cas diagnostiqués pyosalpinx, la ponction a ramené :

6 fois du pus franc,

11 fois un liquide séreux louche.

Von Konrad conclut que dans 12 cas, la laparotomie que le diagnostic clinique semblait indiquer a été évitée par la ponction ; dans 2 autres cas où il avait posé le diagnostic clinique d'hématocele avec certaines réserves, la ponction en confirmant son diagnostic lui permit d'intervenir sans hésitation.

Heynemann a fait 296 ponctions : mais dans 14 cas les résultats ont été faux sans qu'il précise en quoi résidait l'erreur, il conclut qu'il faut compter sur une erreur de 6 % des ponctions pratiquées.

Szthelo dans la clinique de Lovritch a fait ou vu faire 441 ponctions dont 254 dans un but diagnostique et 187 dans un but thérapeutique.

Les résultats ont été les suivants :

127 fois du sang ;

87 fois un liquide séreux ;

6 fois un liquide séro-sanglant ;

171 fois du pus ;

64 fois la ponction a été faite sans résultat.

La ponction a été suivie 134 fois de laparotomie, 243 fois de colpotomie. Il ne précise pas le nombre de fois où le diagnostic a été réformé.

Il semble d'ailleurs pour certains gynécologues allemands que la ponction du Douglas fait partie intégrante de l'examen gynécologique complet et qu'on n'est pas autorisé à porter un diagnostic avant de l'avoir pratiquée. Il y a là une exagération certaine, mais la confiance qu'ont en elle certains de ses adeptes et le nombre de diagnostics qu'elle a permis de réformer est de nature à inciter à en généraliser l'emploi.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE.

Les mêmes auteurs allemands insistent sur le rôle thérapeutique qu'il attribuent à la ponction du Douglas.

Toute une série de faits est à mettre à part : leurs « ponctions dans un but thérapeutique » sont en effet

des ponctions évacuatrices d'abcès du Douglas ou de pyosalpinx prolabés ; elles constituent pour certains le premier temps d'une colpotomie ; pour d'autres elle est à elle seule tout le traitement qu'ils répètent au besoin à plusieurs reprises.

Fraenkel, de Breslau, et Zondek estiment que la ponction agit en accélérant la résorption et qu'il est même inutile de faire une évacuation très poussée.

Partisans de la ponction simple et partisans de la colpotomie s'affrontent, cherchent à sérier les cas.

Lorsqu'il s'agit d'abcès du Douglas, les uns avec Conrad estiment que la colpotomie est le meilleur traitement, les autres avec Zondek, von Konrad préfèrent répéter les ponctions semi-évacuatrices.

Pour les poches annexielles plus haut situées, Fraenkel et Conrad cherchent à les ponctionner et comptent sur les moyens physiques habituels pour accélérer ensuite la résorption.

Il est curieux de noter que suivant Conrad, von Konrad et Zondek les meilleurs résultats thérapeutiques ont succédé à des ponctions blanches, soit qu'il n'y ait pas de pus, soit que la poche salpingienne haut située n'ait pas été atteinte et von Konrad croit expliquer ce phénomène par l'hyperémie causée par la piquûre, hyperémie qui influencerait l'innervation des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Malgré leurs arguments, nous conservons dans tous les cas de suppuration située à portée de doigt, notre préférence à la colpotomie, permettant l'exploration de la poche et son drainage.

Dans les cas de pelvi-péritonite non suppurée, Zondek a de bons résultats avec la ponction ; la méthode nous semble ici tout à fait logique et correspond à des faits que nous avons observés.

Dans les kystes de l'ovaire prolapsés certains conseillent également la ponction. Zondek a eu une guérison définitive après une ponction pratiquée pour confirmer un diagnostic de grossesse extra utérine : les caractères du liquide, la présence d'hormone firent faire le diagnostic de kyste de l'ovaire. Conrad a eu par la même méthode plusieurs cas de guérison de kystes.

Et pour terminer ces essais thérapeutiques, signalons que von Konrad préconise le traitement médical des annexites par l'auto-vaccin préparé avec le pus prélevé par ponction.

Cette méthode était déjà signalée par Beaussier dans sa thèse de 1922 inspirée par J. L. Faure. Il semble certain que cette voie de prélèvement du pus des annexites est plus séduisante que celle qui consiste à prélever le pus à l'orifice du col, et si la méthode d'auto-vaccination se généralisait, les indications de la ponction du Douglas seraient par cela même considérablement étendues.

TECHNIQUE.

La manœuvre dont nous venons de vanter les avantages est-elle toujours facile et sans danger ?

L'affirmer serait d'une part approuver ceux qui la pratiquent sans une certaine expérience gynécologique, d'autre part engager à la faire dans n'importe quelle

condition, au lit de la malade à son domicile, au cabinet du médecin, pratiques qui ne sont nullement recommandables.

Il faut une certaine expérience non pas tant pour la ponction elle-même que pour juger les cas où elle est vraiment utile, en se basant sur les données fournies par l'interrogatoire, la palpation et le toucher vaginal ou rectal. Il faut encore une certaine expérience chirurgicale pour être prêt à parer à toute éventualité au cours de la ponction et pour prendre dans certains cas une décision comportant une sanction chirurgicale immédiate. Il faut surtout ne la pratiquer que chez une malade hospitalisée qui restera sous surveillance au moins pendant 24 heures ; il faut être prêt à transformer la ponction en colpotomie dans certains cas, à laparotomiser rapidement dans d'autres ; il faut encore être sûr d'éviter à la malade tout risque d'infection, condition absolue de la bénignité de la méthode, ce qui ne peut être réalisé que dans une installation hospitalière.

L'anesthésie générale est-elle indispensable ? Non, si l'on n'a pas lieu de penser cliniquement à une affection qui nécessitera d'urgence une sanction opératoire : la douleur est très supportable et l'on peut même se guider sur le symptôme douleur pour ponctionner au point où il y a le plus de chances de trouver la collection. Cependant, chez une malade pusillanime, ou si l'on a tout lieu de poser cliniquement un diagnostic à peu près ferme de suppuration ou d'hématocèle et que tout est prêt pour l'intervention complémentaire, il peut être

commodé d'anesthésier la malade après l'avoir prévenue de la possibilité de cette intervention et des exérèses d'organes qui pourront être nécessaires.

S'il s'agit de tuméfaction bombant dans le cul-de sac postérieur, le manuel opératoire est très simple : la malade placée en position gynécologique, reçoit une injection ; on place un spéculum ou deux valves et on réalise l'antisepsie vaginale soit avec une goutte de teinture d'iode au point à ponctionner, soit par un badiageonnage plus étendu avec une solution moins caustique pour la muqueuse : mercurochrome à 2 %, alcool à 90° ou chlorure de zinc à 10 %.

Le col est saisi avec une pince de Museux et attiré en bas et en avant la ponction est faite avec une longue aiguille d'assez fort calibre (15/10 mm.) montée sur une seringue à aspiration. On pratique la ponction au point le plus saillant ou en se tenant au contact du col.

L'orifice de ponction se referme rapidement ; si l'intervention abdominale est pratiquée 24 ou 36 heures après, il est le plus souvent impossible de retrouver dans l'abdomen la trace de la ponction et il est inutile, sauf autre indication, de drainer.

Mais si la tumeur est plus haut située, si elle n'est pas au contact immédiat du cul-de-sac vaginal, à plus forte raison si on ne la sent qu'en la refoulant à l'aide d'une main abdominale, si la masse est latérale, faut-il, muni d'une très longue aiguille aller à la recherche d'une collection située selon toute probabilité à plusieurs centimètres du fond du vagin ?

Nous ne le pensons pas : les essais de ponction laté-

rale que les Allemands ont pratiqués ont été cause des seuls accidents qu'on puisse mettre au passif de la ponction du Douglas, et ont été justement abandonnés.

Si la collection est haut située, le risque n'est pas moins grand de blesser une anse prolabée, ou plus simplement de mal orienter l'aiguille et de ne rien trouver.

Mieux vaut alors suivre les conseils de Chifoliau et Moyse : faire aux ciseaux avec une extrême prudence une étroite colpotomie permettant d'introduire l'index, et pendant qu'une main abdominale (celle d'un aide de préférence) cherche à abaisser la masse, on la ponctionne à l'aiguille ou à la pince en se guidant sur le doigt en toute sécurité ; on a réalisé ainsi une véritable colpotomie exploratrice qu'on pourra élargir à la demande en colpotomie de drainage si l'état des lésions le commande. Cette colpotomie exploratrice ne présente pas plus d'inconvénients en tant qu'innocuité et simplicité des suites de la simple ponction.

Ce qui précède explique que nous ayons préféré joindre l'étude de ces colpotomies à celle de la ponction du Douglas.

Conclusion

— La ponction du cul-de-sac de Douglas, pratiquée en milieu hospitalier après examen gynécologique complet est sans dangers et presque toujours très simple.

— Elle doit être faite chaque fois que l'examen gynécologique fait penser à une rupture de grossesse extra.

utérine avec hémorragie intra-péritonéale, dès que le moindre doute subsiste.

— Elle doit être faite chaque fois que le diagnostic de métrorragie de l'avortement porté et suivi de curetage, celui-ci n'a pas ramené de débris placentaires, pour affirmer ou infirmer le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine à forme abortive.

— Elle peut être faite pour apporter un élément de plus à tout diagnostic gynécologique difficile lorsqu'une masse occupe le cul-de-sac postérieur, que cette masse soit franchement ou pseudo-fluctuante, qu'on pense à une suppuration ou à une masse kystique. Elle est dans ces cas très facile et sans danger.

— Toutes les fois que la masse dont on veut apprécier la nature est latérale ou trop haut située, elle doit céder la place à la colpotomie exploratrice, plus sûre, plus précise.

— La cicatrisation de l'orifice de ponction est rapide et elle ne rend pas le drainage nécessaire si une intervention abdominale est pratiquée peu après.

La fréquence des cas où elle a réformé un diagnostic comportant une sanction opératoire, et de ceux où elle a affirmé un diagnostic comportant une intervention immédiate alors qu'un doute subsistait doit inciter les chirurgiens à lui donner un grand rôle dans tous les cas douteux. Elle est à coup sûr dans tous ces cas moins dangereuse qu'une laparotomie exploratrice.

Technique de la colpotomie dans certains cas particuliers

Nous avons dit un mot de la technique de la colpotomie dans les cas simples ; nous n'y reviendrons pas.

Certains points sont à préciser pour permettre d'intervenir sur des lésions hautes ; des précautions spéciales plutôt. Ici, surtout, doivent être proscrits les instruments piquants ou coupants. La main d'un aide refoulera si besoin en est par pression sur l'abdomen, la masse visée ; le col sera abaissé autant que possible avec une pince de Museux solidement fixée à la lèvre postérieure ; la colpotomie sera faite sur la ligne médiane aux ciseaux, avec prudence, puis dès la muqueuse incisée, le doigt sera introduit dans la brèche, et cheminera sans jamais quitter le contact de la face postérieure de l'utérus. Il pourra ainsi rompre doucement les adhérences et arriver au contact de la collection.

Souvent, le doigt seul suffira à ouvrir celle-ci ; on pourra s'aider d'un clamp courbe, peu offensant, qui sera en tous cas très utile pour introduire le drain.

Un point important ici plus encore que pour l'ouverture de l'abcès du Douglas, c'est la recherche des collections multiples, voisines ou superposées, que le doigt encore décelera et effondrera.

Le point le plus délicat est certes l'étude des indications de cette intervention : nous ne les reprendrons pas en détail ; accessibilité de la lésion, limitation de

celle-ci vis-à-vis du péritoine, unilatéralité de la lésion ou tout au moins, début assez récent et pas trop grande complexité de celle-ci, nous semblent les principaux arguments qui militent en faveur de la colpotomie ; ceci à condition que les lésions paraissent suppurées et que les tentatives de refroidissement n'aient pas été couronnées de succès.

Les observations récentes concernant ces faits sont exceptionnelles ; ceci n'est pas étonnant puisque la colpotomie n'est que très rarement actuellement dirigée contre de telles lésions, mais les observations anciennes conservent toute leur valeur ; nous résumerons plus loin les conclusions auxquelles étaient arrivés les chirurgiens qui l'ont beaucoup appliquée à ces cas.

Pour nous, nous pensons que chez une femme jeune, la suppuration des lésions annexielles, accompagnée du prolapsus de celles-ci au fond du pelvis est une éventualité favorable qui donne à ces malades une chance difficile à évaluer mais qui n'est pas négligeable, de guérison ou tout au moins d'amélioration prolongée par colpotomie suivie de drainage de là où des poches suppurées.

Echecs et colpotomies blanches

Bien entendu en s'inspirant de tels principes, il faut s'attendre à des échecs. Les uns sont de véritables complications et nous les étudierons à part ; les autres doivent être bien connus si l'on veut les éviter.

L'un des incidents les plus fréquents est la colpotomie blanche ; on s'est proposé d'intervenir sur un foyer qu'on pensait suppuré, et l'incision ne ramène pas de pus ; on tombe généralement alors dans une masse inflammatoire saignant abondamment, soit que la masse ne soit pas encore suppurée, soit que trompé sur la hauteur de la collection, on l'ait jugée à tort accessible par voie basse, ou qu'on ait reculé devant des difficultés ou des dangers rencontrés au cours de l'intervention, nous avons vu de telles collections s'ouvrir secondairement dans le rectum (v. obs. XI).

Les auteurs allemands attribuent un important rôle curateur à colpotomies « à blanc », plus grand même peut-être, disent-ils, que lorsqu'on a trouvé du pus (Fraenkel) et ils lui font jouer un grand rôle dans la résorption de l'inflammation.

Nous avons vu par contre dans un cas une telle colpotomie suivie à quelques jours de distance de fistule recto-vaginale qui guérit d'ailleurs spontanément (v. obs. XXII).

De telles colpotomies sans résultat au moins immédiat sont parfois dites exploratrices. Nous pensons que le terme de colpotomie blanche convient mieux.

Mais il existe d'autres cas où la colpotomie est dite exploratrice.

Certains l'utilisent et la recommandent pour explorer la cavité pelvienne, qu'elle soit ou non exclue de la cavité péritonéale.

Ils utilisent même cette voie pour pratiquer de véritables interventions : ablation de kystes de l'ovaire, de

lésions annexielles non entourées d'adhérences. Le danger d'inoculation septique du péritoine nous semble trop grand pour être justifié pour une simple exploration ; quant aux interventions pratiquées par cette voie, outre le même risque, on ne comprend pas l'avantage qu'elle peut présenter sur la voie abdominale.

Beaucoup plus justifiable est la colpotomie exploratrice lorsqu'elle est faite dans un but d'exploration pelvienne dans un bassin cloisonné, au même titre qu'une ponction du Douglas dont elle ne constitue d'ailleurs qu'une modalité. Nous avons déjà insisté sur ce point.

Poches multiples du bassin. — Une autre cause d'échecs de la colpotomie est l'existence de poches multiples suppurées ou non, généralement les deux variétés associées dans le petit bassin.

Cliniquement, il est souvent impossible d'apprécier la forme, les cloisonnements, le nombre même des loges dans une masse pelvienne suppurée. La forme la plus courante, c'est, nous l'avons vu, une poche de pelvi-péritonite, parfois séreuse, parfois suppurée ; quand on explore cette poche, au doigt, on peut souvent percevoir une deuxième poche plus haut située, généralement tubaire, qu'il est possible de vider par la même voie.

Les difficultés et les échecs commencent lorsque d'autres poches encore coexistent et que l'évacuation des premières n'amène pas la détente attendue. C'est qu'il existe une pelvi-péritonite cloisonnée en tous sens qui retient dans ses mailles, pus et sérosité réaction-

nelle, et la trompe elle-même est transformée en une véritable éponge de pus dont l'excès seule constituera le traitement définitif.

Il est difficile de prévoir avant l'intervention l'état des lésions, le nombre des poches suppurées. L'examen clinique, le toucher vaginal montrant un empâtement très étendu, dont les différentes parties ne sont pas dissociables les unes des autres engainant plus ou moins l'utérus et immobile, est certes un bon moyen de diagnostic, mais le meilleur argument est probablement l'argument d'âge. Autant chez une femme jeune il est fréquent de trouver une pelvi-péritonite périannexielle à poche unique dans laquelle baigne une trompe rouge, non abcédée ou encore un pyosalpinx qui s'est formé récemment au cours d'une poussée violente d'annexite, lésion le plus souvent unilatérale ; autant chez une femme âgée, porteuse de vieille salpingite traitée depuis longtemps par le refroidissement des lésions, refroidissement qui a laissé subsister des foyers mal éteints de péri-salpingite, avec pyosalpinx bilatéraux, dont le pus a parfois perdu une partie de sa virulence, mais est susceptible de se réchauffer sous une influence extérieure quelconque, les poches sont souvent multiples, séparées les unes des autres par des barrières résistantes qui les rendent peu dangereuses quant à la vie de la malade mais augmentent les difficultés opératoires dans les proportions considérables, quelle que soit la voie opératoire suivie.

La colpotomie n'a plus du tout chez ces malades la physionomie salvatrice qu'elle peut présenter chez des

femmes plus jeunes à passé génital moins chargé.

Elle ne vide qu'incomplètement les foyers suppurés, crée parfois une réaction inflammatoire de voisinage qui remet en activité les foyers voisins et entraîne rapidement des troubles locaux et généraux tels qu'une intervention radicale est bientôt nécessaire.

Ce qui ne veut pas dire qu'il faille absolument proscrire la colpotomie chez ces femmes âgées, approchant de la ménopause, mais on doit la réserver aux cas où apparaît un abcès franchement situé au fond du cul-de-sac de Douglas, bombant sous la paroi vaginale postérieure. Il faut alors colpotomiser ; drainer mais ne pas s'étonner si les accidents inflammatoires après une sedation momentanée et incomplète reprennent rapidement une nouvelle intensité. On aura du moins agi au mieux de l'intérêt de la malade en favorisant par le drainage du plus actif de ses abcès un refroidissement partiel qui la mettra dans de meilleures conditions de résistance vis-à-vis de l'intervention abdominale nécessaire pour une guérison définitive (v. obs. V).

S'il n'y a pas d'abcès du Douglas proprement dit, mieux vaut s'abstenir que d'aller courir le risque d'une colpotomie en des régions inflammatoires adhérentes aux viscères voisins, pour un résultat le plus souvent mauvais.

Le drainage après colpotomie.

Un point dans la technique de la colpotomie mérite d'attirer l'attention, car c'est de là, croyons-nous, que viennent surtout les divergences d'opinion sur la valeur

de l'intervention et sur ses résultats : C'est la question du drainage et plus particulièrement de la durée du drainage.

Certains n'introduisent aucun drain, se contentent de faire fréquemment à la pince une dilatation de l'orifice.

Outre ce que cette méthode peut avoir de pénible pour les malades il est probable qu'elle aboutit rapidement à la suppression de tout drainage.

La plupart des chirurgiens drainent, soit avec un drain long remontant très haut atteindre une poche en situation supérieure ; soit avec des drains en T, construits extemporanément ou drains de Kehr de fort calibre. Il est avantageux de couper ces drains en gouttière à concavité supérieure, ce qui facilite l'introduction, l'ablation et évite l'oblitération fréquente avec les tubes. Des mèches accompagnent ou non les drains ; celles-ci ont une utilité si une tendance hémorragique se manifeste au moment de l'incision, sur les lèvres de la plaie ou dans la poche : dans les autres cas le drain seul peut suffire.

— DURÉE DE DRAINAGE.

Mais et c'est là le point qui nous paraît important, combien de temps faut-il laisser le drain en place ?

A ce sujet, les opinions varient :

Lorsque la question de la colpotomie fut mise à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie en 1898, les auteurs qui prirent part à la discussion, Ch. Monod, Le Dentu, Tuffier, en particulier, étaient tous d'avis que

le drainage devait être longtemps poursuivi : Trois à six semaines, disait Chaput ; plus longtemps disaient les autres, et Tuffier concluait : « Le traitement post-opératoire après colpotomie est long et minutieux ; les drains doivent rester longtemps en place, jusqu'à ce qu'ils soient repoussés, et c'est dans la permanence et la perfection du drainage, que réside vraiment tout le secret du succès ».

Et ceci semble avoir été bien oublié depuis cette époque : les quelques articles de revue et de traités, les thèses soutenues sur ce sujet, discutent bien les indications qu'ils limitent d'ailleurs — de la colpotomie, ses résultats, mais ne font jamais mention de la durée du drainage, sauf cependant Wharton qui insiste sur l'importance de ce point du traitement.

Et que voit-on dans les services de chirurgie où la colpotomie n'est pratiquée que comme intervention d'exception, comme pis-aller ? Le drain mis dans la poche est laissé en place 8, 10 jours, rarement davantage ; l'ablation du drain semble légitimée par le fait que la suppuration est à peu près tarie, et que la température a effectué la défervescence attendue, et la malade est autorisée à rentrer chez elle. Elle revient généralement non guérie quelques semaines plus tard et son cas est étiqueté « échec de la colpotomie ». Bien souvent si l'on avait drainé plus longtemps, surveillé de plus près la malade, remis en place le drain trop précocement retiré, on aurait obtenu un succès. Nous avons observé un cas analogue : abcès du Douglas ; colpotomie ; drainage poursuivi pendant un mois ; la malade revient avec

un état général très altéré, et de nouveau un gros abcès du Douglas. Nouvelle colpotomie, drainage pendant deux mois ; guérison qui se maintenait un an après.

Cette observation est loin de constituer un cas isolé et on en trouverait un bien grand nombre si beaucoup de chirurgiens vérifiaient l'efficacité du drainage avant de conclure à un échec.

On conclut souvent à l'échec de la colpotomie alors que :

ou bien la brèche s'est refermée trop tôt après ablation du drain ;

ou bien il existe une poche voisine, supérieure à la première généralement, qui amène de nouveau des accidents de rétention et de suppuration. Une exploration de la cavité aurait montré la nouvelle collection qu'on aurait pu drainer par la même voie.

Ceci qui est vrai pour les abcès collectés dans le cul-de-sac de Douglas l'est encore plus, pensons-nous, pour les poches annexielles vidées et drainées par colpotomie, et le drainage longtemps poursuivi, loin de favoriser l'apparition de fistules comme on l'a dit, est probablement le meilleur moyen de les éviter.

Malgré ces précautions il arrive certes que l'on ait encore des succès à longue échéance après colpotomie ; quant aux échecs immédiats, ils sont presque toujours dus à la multiplicité, à la complexité des collections suppurées péri-annexielles. Celles-ci sont au dessus des ressources de ce mode de drainage et nécessitent une intervention plus complète, plus mutilante aussi par voie vaginale dans certains cas, par voie

abdominale dans d'autres, l'indication respective de ces interventions dépendant d'ailleurs davantage des habitudes de chaque chirurgien que du cas considéré. Ces formes sont, nous l'avons vu, plutôt l'apanage de femmes plus âgées, et par conséquent, n'était sa plus grande gravité, l'inconvénient de l'intervention mutilante est moins grand.

Conduite à tenir en présence des échecs.

Il faut ici se demander à quelle intervention recourir lorsque la colpotomie n'a pas été suffisante.

Dans certains cas l'échec est incomplet : la colpotomie a amené une sédation des accidents aigus, mais elle n'a pas suffi à traiter d'une façon définitive des lésions pelviennes inaccessibles ou trop complexes ; ce n'est pas à proprement parler un échec puisqu'elle a remis la malade en meilleures conditions pour supporter une intervention curatrice à froid.

Dans d'autres cas, l'échec est complet ; les accidents de suppurations avec leur cortège infectieux et les lésions locales continuent à s'aggraver, et ceci dans différentes conditions ; parfois la colpotomie n'amène aucune détente, ou la chute de température est minime : les poches principales sont hors d'attente et continuent à évoluer.

D'autres fois la colpotomie a amené une chute de température, puis après 7 ou 8 jours survient une réascension progressive. Il faut d'abord vérifier l'orifice de colpotomie, remettre un drain s'il y a lieu. S'il n'y a rien d'anormal de ce côté on peut conclure à une nou-

velle poussée inflammatoire annexielle ; on peut essayer la vaccination qui en aura parfois raison et attendre pour intervenir à froid. Sinon il faut prendre une décision opératoire rapidement avant que l'état général soit trop atteint.

On ne discutera pas la question de savoir si la colpotomie est la cause de l'aggravation des lésions ou si elle a seulement été impuissante à juguler l'inflammation. Le point important, c'est la conduite à tenir dans ces conditions : la situation est grave, la malade est en danger de mort et rien n'est à escompter de bon si l'on n'intervient pas ; l'intervention curatrice est à coup sûr grave, et par les difficultés opératoires, et par la libération de germes virulents qu'elle causera, mais elle est nécessaire. Quelle intervention choisir ? Deux voies sont à considérer : La voie vaginale et la voie abdominale.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

Elle est incontestablement, dans ces cas, difficile et ses dangers habituels : lésion des uretères, de l'intestin adhérent, risque d'hémorragie, impossibilité de faire parfois une exérèse complète, sont ici au maximum. Par contre elle a l'énorme avantage d'être peu choquante et de n'ouvrir qu'au minimum la cavité péritonéale et c'est ce qui la fait élire comme méthode de choix par certains chirurgiens.

La condition essentielle pour la choisir, c'est d'être très entraîné à cette méthode : on ne fera l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne que si on en a fait beaucoup dans des cas plus simples.

Ces réserves faites, c'est une excellente opération si elle a pu être complète et ses résultats sont les meilleurs qu'on puisse espérer dans les cas graves.

VOIE ABDOMINALE.

Elle a aussi ses partisans malgré le danger d'inoculation péritonéale septique qu'elle comporte, risque diminué dans une forte mesure par le drainage à la Mickulicz dont c'est une des indications majeures.

Elle a pour elle les avantages habituels de l'hystérectomie abdominale sur la vaginale : jour plus grand permettant l'ablation plus complète et plus prudente des poches suppurées adhérentes, moindre risque de lésion des uretères, plus grande facilité d'hémostase. En outre, elle permet de bien voir les lésions et parfois de faire une intervention plus limitée.

Grâce au drainage à la Mickulicz, l'intervention abdominale est capable de donner elle aussi de beaux succès et paraît moins hasardeuse que l'hystérectomie vaginale (v. obs. V, XVI).

Quant aux indications respectives de ces deux interventions, il est difficile de les préciser. Il semble que, lorsque l'état général est grave, l'infection récente, la suppuration pelvienne aiguë, la préférence peut être donnée à l'hystérectomie vaginale.

Au contraire les lésions subaiguës avec état général moins touché, lésions plus anciennes donc vraisemblablement plus adhérentes, relèvent plutôt de l'hystérectomie abdominale.

Mais, encore une fois, ce sont là des cas d'espèce et le

choix de l'une ou l'autre de ces interventions est plus affaire de préférence du chirurgien que d'indication posée par l'état des lésions.

COLPOTOMIE ANTÉRIEURE.

Nous avons critiqué chemin faisant la colpotomie latérale, dangereuse, et qu'il est aisé de remplacer par une colpotomie postérieure médiane suivie d'exploration au doigt jusqu'à ouverture d'une collection latérale sous ou intra-péritonéale.

La colpotomie antérieure est non moins dangereuse, mais ses indications sont heureusement exceptionnelles.

Elle expose à la blessure de la vessie, et s'adresse à des collections qui elles-mêmes menacent dangereusement cet organe si elles ne sont pas déjà fistulisées dedans.

Une observation récente de Braine est typique à ce sujet : après colpotomie antérieure destinée à vider une collection d'origine appendiculaire, une fistule vésicovaginale s'est établie qu'il a fallu traiter secondairement.

Il n'en est pas moins vrai que la colpotomie antérieure, peu séduisante, est une ressource précieuse qu'il faudra parfois savoir utiliser.

Complications de la colpotomie

Des accidents et des complications peuvent survenir et ont été décrits à la suite de la colpotomie. Leur étude,

les moyens de les éviter et la discussion de certaines d'entre elles termineront l'étude de la colpotomie.

Parmi ces complications, les unes sont uniquement des arguments théoriques et ne nous arrêteront pas ; d'autres sont évitables par une technique prudente.

D'autres enfin, d'une gravité certaine, peuvent survenir et ne semblent pas évitables ; elles constituent le seul argument sérieux des adversaires de la colpotomie dans certains cas déterminés.

L'HÉMORRAGIE.

Cet accident se rencontre dans des éventualités très variables.

La grosse hémorragie par plaie de l'artère utérine ne peut être due qu'à une faute de technique : colpotomie latérale, ou colpotomie brutale et aveugle au trocart ; ouverture sans repérage au doigt d'une collection trop haute ou trop latérale. Hermstein (qui emploie le trocart de Fraenkel) en signale deux cas : l'un a guéri par tamponnement, l'autre par une pince à demeure.

Si l'on a pu voir des hémorragies massives retardées après une colpotomie bien faite sans lésion opératoire de l'utérine, il ne peut s'agir que d'ulcération vasculaire par suppuration de voisinage et l'accident ne peut être mis au passif de la méthode.

La possibilité de ces hémorragies a été signalée ; nous ignorons d'ailleurs si aucun cas en a jamais été observé.

Les hémorragies de moindre abondance qu'on peut observer au cours même de l'incision vaginale n'ont

jamais présenté la moindre gravité à notre connaissance : le tamponnement, une pince à la rigueur en ont toujours raison. De même, l'hémorragie qui peut survenir au cours de l'incision d'une tuméfaction à coque épaisse, inflammatoire n'est jamais très grave ; dans ces cas, il est bon d'adjoindre des mèches aux tubes de drainage.

Tout à fait différente est l'éventualité de reprise d'hémorragie après colpotomie exploratrice ou ponction dans le cas d'hématocèle récente. On sait en effet que l'évacuation d'une certaine quantité de sang peut déterminer la reprise de l'hémorragie. Mais la constatation de sang ramené par la ponction en quantité importante, affirmant le diagnostic d'hématocèle impose de façon absolue la laparotomie, et si de nombreux auteurs admettent que cette intervention curatrice peut être remise de quelques heures, il va sans dire que c'est à condition que la malade soit couchée, sous surveillance et que tout signe d'aggravation impose l'intervention immédiate.

INFECTION.

L'infection qui a été l'épouvantail de plusieurs générations de chirurgiens et dont la crainte est encore fréquemment évoquée par certains, est un mythe. Une désinfection soignée du vagin permettra de faire en toute sécurité la ponction ou l'incision du cul-de-sac postérieur.

On sait par ailleurs que l'orifice de ponction et même de colpotomie a une tendance remarquable à se refer-

mer rapidement et le fait qu'une malade a été ponctionnée ou incisée par cette voie n'implique pas en soi la nécessité du drainage abdominal si une laparotomie est pratiquée peu de temps après (Zondek, Chifoliau et Moyse).

BLESSURES D'ORGANES VOISINS.

Ces lésions sont toujours évitables.

La *vessie* préalablement vidée est hors d'atteinte du bistouri ou de l'aiguille.

Les *uretères* ont pu être lésés par des colpotomies latérales ou antérieures. Il est facile de ne pas s'exposer à ces accidents.

La blessure du *rectum* ne nous paraît guère plus à craindre si l'on opère avec un minimum de prudence ; les cas signalés ont d'ailleurs guéri spontanément et facilement ; les blessures du sigmoïde également.

Le seul risque sérieux de cet ordre est la blessure d'une *anse grêle prolabée*. Ce risque est suffisant pour qu'on prenne garde à quelques principes que nous avons d'ailleurs signalés chemin faisant :

Il est inutile et dangereux d'ouvrir à l'aide d'un trocart ou de quelque autre instrument offensant une collection qui n'est pas située au contact même du cul-de-sac vaginal ;

Plutôt que de ponctionner à l'aveuglette une collection sentie à une certaine distance de ce cul-de-sac, il est préférable comme nous le recommandent Chifoliau et Moyse, de faire une petite colpotomie admettant le doigt qui sera désormais le seul instrument autorisé à

cheminer jusqu'au contact de la collection. Ce n'est qu'alors, se repérant sur lui, qu'on pourra reprendre un instrument métallique pour effondrer la poche.

PROLAPSUS D'ORGANES ABDOMINAUX.

Ce n'est qu'à titre de curiosité que nous signalons cette complication absolument exceptionnelle. Moulonguet a donné une observation de prolapsus intra-vaginal de la trompe après colpotomie ; il rappelle que Lecène, Kelly en ont également observé chacun un cas.

De ces faits, on peut rapprocher la récente observation de Caraven signalant un cas analogue, survenu après hystérectomie vaginale.

ADHÉRENCES ULTÉRIEURES AU FOND DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS.

La crainte d'adhérences qui rendront plus difficile une intervention ultérieure est souvent mise en avant par de nombreux chirurgiens, mais ceci, qui est souvent dit, n'a presque jamais été écrit.

Il y a trente ans Quénu émettait cette opinion que les adhérences en fusionnant les parois de la poche avec le vagin rendraient l'opération plus laborieuse et plus dangereuse. Daniel, dans sa thèse de 1908, en faisait l'inconvénient essentiel de la colpotomie et basait son opinion sur une vingtaine de cas. Mais il ne fait pas état dans ses observations de la durée du drainage, facteur important de la guérison des suppurations.

Nous avouons que nous ne croyons guère à l'existence de cette complication.

Il arrive, certes, qu'après une colpotomie qui n'a pas amené la guérison complète, l'hystérectomie soit difficile, laborieuse, que des poches salpingiennes adhérentes se rompent, mais l'adhérence est-elle plus intime au Douglas qu'aux organes avoisinants ? nous ne l'avons jamais observé. Le danger vient bien plus d'adhérences serrées avec la vessie, les anses grêles, le colon sigmoïde ou le rectum, qu'avec le fond du cul-de-sac. Quelle différence alors avec les difficultés qu'on peut rencontrer chez une femme qui n'a pas été colpotomisée ? (obs. V ; XXII).

Et encore une fois, il s'agit là d'échecs de la colpotomie, de vieilles lésions à poches multiples sur lesquelles elle ne pouvait guère agir que comme palliatif d'un abcès du Douglas et l'intervention abdominale est faite presque à chaud, sur des lésions encore inflammatoires.

Que, au contraire la colpotomie ait répondu à son but de drainage et qu'on se soit décidé cependant pour d'autres considérations à intervenir par voie haute, on est souvent surpris de la liberté absolue de ce cul-de-sac qui était naguère le siège d'une suppuration et le point de passage d'un tube de drainage. Il n'y a pas de cicatrice visible sur la séreuse de revêtement, les annexes ne présentent que des adhérences lâches faciles à libérer. Une de nos observations est tout à fait typique à cet égard (v. obs. XXII).

Nous croyons pouvoir conclure que, ou bien la colpotomie a été efficace, a vidé une collection suppurée, l'a convenablement drainée et a mis le petit bassin en meilleures conditions de refroidissement des lésions, et

l'intervention ultérieure n'est pas rendue plus difficile ; au contraire la mise au repos des lésions a favorisé la résorption de la pelvi-péritonite et des adhérences inflammatoires ;

ou bien la colpotomie n'a pas rempli son rôle, elle a été insuffisante à drainer des lésions complexes ou trop haut situées, et l'état des lésions reste ce qu'il était avant la colpotomie ; on ne peut accuser celle-ci d'avoir semé des adhérences et des difficultés opératoires là où elles existaient préalablement.

FISTULES VAGINALES.

Nous arrivons maintenant à un tout autre ordre de complications avec l'étude des fistules vaginales, dont un certain nombre de cas a été signalé.

A la lumière de ceux-ci, on peut essayer d'en reconstituer l'histoire et l'aspect clinique.

Les observations de la thèse de Chazarain, celles plus récentes relatées par Mer, de Desmarest et Benoit, et de Peukert, en Allemagne, nous ont servi à étudier ces fistules.

L'histoire clinique peut-être schématisée comme suit :

Une malade a subi une colpotomie pour collection pelvienne suppurée. Le drainage a amené une détente, mais la suppuration s'éternise, reste souvent fétide ; que le drain reste en place ou soit enlevé n'amène aucune modification de l'état ; l'état général est atteint, et au bout de longs mois on peut estimer que la fistule est définitivement constituée. La seule thérapeutique conseillée est l'intervention abdominale avec le plus

souvent hystérectomie, mais dans ces cas c'est toujours une intervention difficile, grave; elle met en évidence la lésion anatomique.

Celle-ci consiste en une continuité du revêtement épithélial de la poche (trompe ou kyste de l'ovaire), avec celui de la muqueuse vaginale : la muqueuse tubaire à épithélium prismatique simple, la muqueuse vaginale à épithélium pavimenteux stratifié contribuent par la prolifération de leurs éléments et dans des proportions variables à la formation d'un néo-canal. La fistule est entretenue par l'infection ascendante : les microbes vaginaux saprophytes gagnent la trompe où ils acquièrent une virulence nouvelle comme tout germe saprophyte introduit en cavité close. Telle est du moins l'opinion de Mer.

Dans un intéressant travail basé sur huit cas de fistule vaginale rebelle, Peukert concluant de l'étude des pièces opératoires constate que le trajet fistuleux passait toujours par l'ovaire, et ce aussi bien après incision d'une collection annexielle que d'un abcès du Douglas.

Sur 5 cas opérés pour fistule survenue à la suite de colpotomie ayant ouvert un pyosalpinx, il a trouvé une fois le trajet fistuleux passant par le corps jaune de l'ovaire dont la structure était profondément modifiée.

Dans trois cas de fistule succédant à l'ouverture d'un simple abcès du Douglas, il a trouvé trois fois une fistule non pas tubo-vaginale, mais ovario vaginale. Il a constaté dans un de ces cas une hémorragie par le drain le quatorzième jour, preuve pour lui que le folli-

cul-de-de Graaf s'est rompu dans la cavité purulente, d'où infection de ce follicule et fistule.

Dans les deux autres cas, le corps jaune était infecté ; il attribue également cette infection au fait que l'ovaire baignait dans la suppuration périannexielle.

Peukert conclut que l'« empyème de l'ovaire » n'a aucune tendance à la guérison spontanée ; l'ablation du drain n'empêche pas le pus de se collecter à nouveau, jusqu'à intervention abdominale qui seule pourra amener la guérison définitive.

Des deux cas de Desmarest et Benoit, l'un a trait à un kyste dermoïde de l'ovaire suppuré, ouvert par colpotomie et fistulisé pendant quinze mois ; l'autre à une suppuration annexielle gauche fistulisée pendant six mois. L'intervention, difficile comme toujours dans ces cas, ne permit pas de reconnaître si la trompe ou l'ovaire était le point de départ de la fistule : « le cul-de-sac postérieur est habité par une trompe dilatée et un ovaire augmenté de volume complètement fusionnés. Il m'est impossible en libérant ces organes extrêmement adhérents dans le cul-de-sac de Douglas de me rendre compte du siège exact de la fistule ».

Les autres observations de fistule (Chazarain, Mer) ne mentionnent ni la durée pendant laquelle elles ont été suivies, ni les lésions trouvées à l'intervention.

Que peut on tirer de l'étude de ces quelques cas de fistule vaginale après ouverture d'abcès du Douglas ou tubo-ovariens ?

Doit-on en conclure avec beaucoup d'auteurs modernes qu'il faut, sauf extrême urgence, éviter de

colpotomiser les abcès tubaires et réserver cette intervention aux abcès du Douglas purs ? « La colpotomie, dit Mer, ne doit porter que sur les périsalpingites ; on ne doit jamais, sauf nécessité absolue, colpotomiser un abcès intra-salpingien ».

Pour de multiples raisons, tel n'est pas notre avis.

Tout d'abord, les observations de Peukert sont tout à fait démonstratives sur ce point : on peut voir des fistules vaginales après ouverture d'abcès du Douglas comme après ouverture d'abcès tubaire. D'autre part, le diagnostic différentiel de ces deux lésions est trop difficile, trop de risques d'erreur subsistent après un examen clinique approfondi pour permettre de baser sur lui la conduite à tenir.

Que deviendront d'ailleurs ces collections tubaires livrées à elles-mêmes si on ne les ouvre pas par la voie la plus simple ? Elles peuvent certes refroidir sous l'influence d'un traitement conservateur bien conduit et entrer en sommeil pour une plus ou moins longue durée, ce qui est de beaucoup l'éventualité la meilleure, et il n'est nullement indiqué de colpotomiser avant toute tentative de refroidissement. Mais si, loin de s'amender, les phénomènes locaux et généraux s'accroissent, faut-il attendre de ces pyosalpinx une ouverture spontanée dont on ne sait d'avance si elle se fera en péritoine libre, dans le vagin ou dans le rectum, et l'on sait la gravité de la première de ces éventualités, les difficultés et la gravité aussi de l'intervention dans la dernière. Il nous semble préférable, même au risque d'une fistule qui est loin d'être constante, de faire l'in-

cision vaginale de la collection avant qu'elle ait déterminé des accidents plus graves.

Il est en effet certain que la fistule n'est pas l'aboutissant fatal de l'ouverture de la cavité tubaire : l'affirmation de Mer : « la fistule est due à l'ouverture de la cavité tubaire » demande à être atténuée et complétée : c'est une des causes de la fistule, ce n'est pas la seule.

D'ailleurs personne ne songe à interdire d'ouvrir par colpotomie une collection tubaire qu'on trouve formant le plafond d'une poche de pelvi-péritonite séreuse ou suppurée, « l'éloignement, dans ce cas, de la paroi vaginale, disent Desmarest et Benoit, s'opposant à la fistulisation ».

Enfin toutes les observations anciennes conservent leur valeur : celles de Ch. Monod à la Société de Chirurgie : 25 ovaro-salpingites suppurées ouvertes par colpotomie avec des résultats variables, mais une seule fistule ; à la même époque, Quénu affirmait que les fistules étaient rares ; et notre Maître le Professeur Hartmann apportait une statistique de 23 collections intra-annexielles ouvertes par le vagin sans fistule ; Chifoliau, plus récemment, recommande au cours de la colpotomie exploratrice l'ouverture large et le drainage des poches dans lesquelles on trouve du pus. J. L. Faure de même n'a cessé de recommander l'ouverture de ces collections.

Tout récemment enfin, Herminstein rapportant les cas de Fraenkel, de Breslau, déclare n'avoir jamais observé de fistule et dans sa série de 716 colpotomies, Wharton ne signale pas cette complication.

L'autorité de ces auteurs suffirait à elle seule à nous rassurer sur l'opportunité de l'ouverture vaginale des annexites suppurées qu'on peut atteindre par cette voie, la fistule étant un accident qui peut survenir certes, et dont l'éventualité n'est pas sans gravité, mais dont la fréquence n'est pas en rapport avec le nombre d'interventions pratiquées.

Pouvons-nous trouver une cause susceptible d'expliquer les fistules, si la simple ouverture de la cavité tubaire n'est pas suffisante ?

Nous ne croyons pas que cela soit possible ; cependant sur le petit nombre d'observations qui comportent des détails suffisants, il est intéressant de noter comme le fait Peukert qu'à presque toujours, soit primitivement, soit secondairement, l'ovaire était intéressé, soit qu'il soit lui-même le point de départ de la suppuration, soit que le trajet fistuleux le traverse.

Il n'est peut-être pas exagéré de penser que c'est l'ovarite suppurée bien plus que la salpingite qui est génératrice de fistules. En tous cas le rôle de l'ovaire est probablement plus grand dans cette complication qu'on ne le dit généralement, et ceci explique dans une certaine mesure qu'on ait pu si souvent ouvrir des trompes sans observer de fistule.

Et enfin nous insisterons encore une fois sur le mode de drainage qui n'est peut-être pas sans importance dans la genèse de la fistule. Au cours de certaines interventions abdominales pour annexite fistulisée dans le vagin on a pu constater que le drainage était insuffisant ; d'autres ont été drainées quelques jours et la persistance

de la suppuration n'a pas empêché de supprimer tout drainage ; ailleurs on émet l'hypothèse que le drainage trop longtemps prolongé entretiendrait la suppuration. Ces divergences d'explication et ces contradictions nous amènent à penser que des erreurs de thérapeutique sont parfois une des causes de la fistulisation. Plus que jamais pour éviter la fistule nous apparaît la nécessité d'un drainage large et longtemps poursuivi ; les lavages antiseptiques quotidiens ou biquotidiens ont un rôle dans la désinfection et la guérison des poches annexielles suppurées et peut être dans certains cas s'est-on un peu hâté à baptiser fistule ce qui n'était que rétention et poussées inflammatoires dans une poche insuffisamment drainée.

Valeur de la colpotomie. Résultats

Rien n'est difficile comme de juger la valeur d'une telle intervention, s'adressant à des cas essentiellement disparates, à des lésions différentes anatomiquement évoluant cliniquement de façons différentes.

Il serait bien hardi de tirer des conclusions de quelques observations que nous avons personnellement suivies et que nous citons à la fin de ce travail. Certaines peuvent avoir une valeur sur tel ou tel point particulier ; la plupart ne présenterait de l'intérêt que comparées à de grandes séries d'observations analogues.

Nous avons demandé à la littérature, aux travaux antérieurs de nous aider à nous faire une idée de la valeur de cette intervention.

Beaucoup des observations publiées sont inutilisables parce qu'elles aussi isolées, ou groupées par trop petit nombre, ou contradictoires et si nous prenons par exemple les deux thèses de Morely 1899 et de d'Herbécourt 1900, l'un, élève de Chaput est fervent défenseur de la colpotomie, excellente opération dans tous les cas, l'autre élève de Lejars, en limite pratiquement l'indication aux cas d'urgence, l'un et l'autre concluant sur un nombre à peu près égal d'observations : une trentaine.

De même les autres auteurs, jugeant d'après leur pratique et leurs résultats arrivent à des conclusions diamétralement opposées.

Il faut faire une place à part à la statistique de Wharton (1921). Cet auteur nous donne les statistiques de la clinique gynécologique du John Hopkin's Hospital s'étendant sur une période de 23 ans, de 1891 à 1915, portant sur 716 cas.

Certains points seraient certes sujets à discussion : des distinctions subtiles sont faites, chez des malades qui n'ont pas été opérées secondairement entre les différentes collections qui ont été drainées par voie vaginale : entre pyosalpinx, abcès tubo-ovarien, abcès ovarien d'une part ; entre abcès pelvien, pelvi-péritonite enkystée, inflammation pelvienne avec abcès, par ailleurs.

Mais dans l'ensemble, les résultats et c'est ce qui nous intéresse sont juges pour l'ensemble des lésions traitées par la même méthode. L'auteur ayant remarqué qu'à part des lésions très spéciales (pelvi-péritonite tuberculeuse) l'évolution ultérieure ne semblait pas nettement influencée par la nature de la lésion originelle.

Un résultat brut tout d'abord : 25 % des malades porteuses d'une collection pelvienne quelconque traitée par colpotomie sont définitivement guéries.

Ce chiffre qui peut paraître peu élevé, nous semble au contraire très important : il prouve que par une intervention bénigne, conservatrice, 1/4 des femmes atteintes de lésions génitales, sérieuses, suppurées, paraissant vouées à brève échéance à des interventions mutilantes guérissent de façon complète et définitive, puisque ces précisions ne sont affirmées par Wharton que pour des malades suivies, revues, réexaminées.

Si nous entrons dans le détail des statistiques de Wharton, nous pouvons y signaler quelques points intéressants : la durée du drainage semble avoir une grosse influence sur les résultats au moins immédiats :

Sur 115 cas étudiés spécialement à ce point de vue, 27 fois le drainage vite abandonné a été suivi de convalescences prolongées et fébriles, avec 18 fois nécessité de rétablir le drainage, 88 fois le drainage a été maintenu longtemps et les suites ont été normales.

Au point de vue de la valeur fonctionnelle des organes génitaux, deux points sont considérés :

La menstruation est conservée et normale dans 75 % des cas, irrégulièrement dans 10 %. Enfin dans 8 %, le drainage par colpotomie a été suivi d'aménorrhée.

Wharton nous donne également des statistiques de grossesses observées chez ces malades.

Sur 143 cas spécialement étudiés à ce point de vue, 19 femmes sont devenues enceintes, les unes plusieurs

fois puisque en tout 32 grossesses ont été menées à terme.

Donc 13 % de ces malades sont susceptibles de devenir enceintes, celles qui ont été colpotomisées pour une pelvi-peritonite puerperale avec une plus grande fréquence que les autres.

Signalons encore quelques points ayant trait aux complications :

La fistule tubo ou ovario vaginale n'est pas signalée par Wharton. Il est invraisemblable que cet auteur qui a analysé à fond toutes ses observations l'ait passée sous silence s'il y en a eu. Nous sommes obligé de conclure que cette complication, fréquente à en croire certains auteurs français et allemands n'a jamais été vue dans une série de 716 cas.

Par contre fréquentes ont été ces fistules recto-péritoneo vaginales, les unes dues à une faute de technique (trocart manié aveuglément) les autres apparues spontanément dans les suites opératoires, d'autres enfin sont dues au fait que la collection était déjà ouverte spontanément dans le rectum.

Les autres complications n'ont d'intéressant que leur rareté.

Cette étude par le nombre de malades opérées et suivies a un intérêt tout particulier du point de vue qui nous occupe.

Citons encore cependant des statistiques plus anciennes qui conservent néanmoins leur valeur : la plupart datent des dernières années du XIX^e siècle à une époque où la chirurgie abdominale donnait déjà d'excellents résultats.

Hartmann sur 23 colpotomies a dû recommencer deux fois, a fait deux opérations radicales et a obtenu 19 guérisons, moins parfaites qu'avec une intervention radicale, mais cependant suffisante.

Il la recommandait même pour les poches petites haut situées, pourvu qu'on trouve une douleur nettement localisée dans le cul-de-sac postérieur.

A la même époque Ch. Monod, sur 21 cas de salpingo-ovarite unilatérales avait 14 guérisons, 2 fistules stercorales, 1 fistule tubo-vaginale, 2 interventions itératives, 1 mort par perforation intestinale spontanée.

Morely citant les cas de Chaput note que sur 36 malades, 2 étaient mortes sur 19 revues : 16 guéries depuis 1 à 6 ans, 5 grossesses avaient été observées.

Le même auteur citait une statistique de Kelly : 13 cas avec 8 guérisons définitives.

Drainage des collections pelviennes chez l'homme

Dès longtemps l'idée était venue de chercher chez l'homme une voie d'accès sur les collections pelviennes comparable à ce qu'est la colpotomie chez la femme.

En un sens la question est plus simple : il ne s'agit plus de drainer une trompe, un organe creux contenant du pus, mais seulement un abcès pelvien sans paroi propre, dont l'évacuation est la seule indication thérapeutique à remplir.

Disons tout de suite que les indications d'un tel drainage sont plus étendues qu'à l'homme seul : les enfants des deux sexes peuvent en bénéficier, et chez la vierge, il est préférable d'employer une voie autre que la voie vaginale.

Nous verrons que les voies les plus diverses ont été envisagées avant d'en arriver à la plus simple, à celle qu'indiquait la nature pour l'évacuation spontanée des abcès pelviens : la voie rectale. Les chirurgiens avaient pourtant dès longtemps remarqué la bénignité de l'ouverture spontanée des collections purulentes dans le rectum, l'excellent drainage que cette voie procurait et la rapidité de la guérison qui en résultait.

Il a fallu cependant de longues années, des discussions passionnées avant que la voie rectale s'imposât comme supérieure à toutes les autres. Ici, plus encore que pour la colpotomie, les arguments théoriques, jamais vérifiés par les faits ont été mis en avant par des chirurgiens imbus des principes de la chirurgie aseptique, qui ne cachaient pas leur répugnance à intervenir à travers cette cavité septique.

Aujourd'hui l'accord est fait et nul ne songe plus à vider une collection suppurée par une voie périnéale ou parasacrée, mais la répugnance d'un grand nombre de chirurgiens subsiste et la voie abdominale, iliaque ou sus-pubienne est fréquemment suivie pour vider des collections qui seraient avantageusement, croyons-nous, abordées par la voie rectale.

Historique.

C'est seulement vers la fin du siècle dernier qu'on voit apparaître les premières observations de drainage rectal délibéré. Certes on avait déjà auparavant aidé la nature en faisant l'incision d'une collection bombant sous le sphincter, ne faisant que précéder de peu l'ouverture spontanée, mais cela ne pouvait encore être considéré comme une méthode thérapeutique.

Les premières observations de drainage rectal semblent être dues à Byford qui l'employa dans les abcès salpingiens en 1887; vers 1890, Gerster, Simson, Richardson, l'employèrent pour les abcès appendiculaires.

En France, vers la même époque les constatations

opératoires et nécropsiques ayant montré la fréquence des abcès pelviens de l'appendicite, on cherche une voie d'abord de ces abcès moins meurtrière que la voie abdominale qui donne à cette époque, et sur des cas opérés tardivement une mortalité effroyable.

Plusieurs voies sont essayées à peu près à la même époque.

LA VOIE PARASACRÉE.

Etudiée par Jaboulay et son élève Margery en 1892, par Frœlich ensuite, elle est basée sur le fait démontré par ce dernier auteur que le point le plus déclive de la cavité péritonéale est situé sur le bord droit du sacrum entre 3^e et 4^e trous sacrés, au dessus du petit ligament sacro-sciatique.

Une technique est décrite, qui par une incision latéro-sacrée, mène dans la région latéro-rectale et permet d'y placer un drain.

Cette intervention est combattue par Morestin en 1894 : c'est une intervention grave, difficile dans son exécution ; les hémorragies sont fréquentes et, de plus, le drainage se fait mal à travers une région qui s'infecte facilement.

La méthode a été peu utilisée en France ; à l'étranger elle donne de bons résultats à Koch, à Pendl surtout, qui en donna 13 observations avec 10 guérisons (1902).

VOIE PÉRINÉALE.

Elle a été conçue par analogie avec le drainage vaginal chez la femme, et bien décrite d'après des travaux

anatomiques par Mauclaire en 1897. Elle consiste en une incision périnéale en avant de l'anus; on passe entre rectum et prostate jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Elle est utilisée avec des résultats variables par Delanglade (qui l'appelle méthode de Nélaton) : sur 3 cas, il a 2 guérisons et 1 mort.

Sutton, dans un cas, après avoir fait l'incision rectale est obligé de faire l'incision prérectale pour guérir son malade.

Conteaud cite un cas analogue. Stieda, Lagoutte présentent également des observations; Rotter avant de se rallier à la voie rectale en donne 11 observations et un peu plus tard, en France, elle est encore défendue par Picqué qui déclina à la Société de Chirurgie une importante discussion (1907). Dès cette époque l'incision prérectale ne trouve plus de défenseurs.

Elle soulève d'ailleurs de nombreuses objections : on lui reproche d'être longue et difficile : il y a danger d'ouvrir le rectum et l'urètre; le risque d'hémorragie est important et ceux qui l'ont pratiquée signalent la fréquence de cet accident; le drainage de pus très septique à travers une plaie large et profonde n'est pas sans inconvénient; et de fait si elle amène généralement la guérison, c'est après une longue suppuration qui dure dans la règle plusieurs mois.

Les difficultés et les accidents que donnent ces méthodes compliquées ramènent les chirurgiens à la voie la plus simple : la voie rectale.

VOIE RECTALE.

Dès 1896, en France, Jaboulay qui a renoncé au drainage parasacré est conquis par la simplicité, l'absence de complications et la rapidité de guérison qui sont les avantages majeurs du drainage rectal. C'est, dit-il, et cet argument sera repris par tous les défenseurs de la méthode, la voie qu'utilise la nature et on sait la bénignité de cette éventualité.

La méthode est défendue par Chevalier en 1900, par Chaput et Reynier à la Société de Chirurgie en 1904, et Bérard et Patel publient une importante mise au point de la question du drainage des abcès pelviens de l'appendicite, avec une statistique et des observations concluant à la supériorité du drainage rectal. A l'étranger, Peters préconise les larges incisions rectales et Rotter publie d'impressionnantes statistiques opposant vigoureusement les résultats excellents qu'il obtient par le drainage rectal à ceux, déplorables, qu'il doit à la voie abdominale.

Enfin en 1907 a lieu à la Société de Chirurgie une discussion où s'affrontent les différents points de vue :

d'une part en présence d'un abcès pelvien faut-il intervenir par voie abdominale ou par une voie « basse » ?

d'autre part faut-il intervenir par voie prérectale ou par voie rectale.

Pour la deuxième question l'accord est à peu près unanime : les derniers partisans de l'incision prérectale sont critiqués par Chaput et Reynier dont les conclusions sont adoptées par tous.

Sur les autres points on est loin d'être d'accord et les partisans de l'incision rectale poussant un peu loin leurs indications veulent ouvrir par cette voie tous les abcès à prolongement pelvien sans distinction. Leurs arguments et ceux de leurs adversaires sont ceux que l'on peut soutenir encore actuellement d'autant plus que depuis cette époque on n'a pratiquement plus parlé de la question et ce sont ces arguments pour et contre que nous allons maintenant examiner.

Technique du drainage rectal.

Elle est en général très simple : on n'opérera que sur un malade dont la vessie aura été préalablement vidée par sondage, le seul accident sérieux possible étant la blessure de la vessie.

Le malade anesthésié est mis en position de la taille ; la dilatation de l'anus permet l'introduction d'une valve postérieure qui met en évidence la saillie de la paroi antérieure du rectum.

On fait une désinfection aussi soigneuse que possible ; elle est facilitée chez ces malades par l'obstruction paralytique qui fait que le rectum ne contient pas de matières. Avec un instrument mousse si la saillie est tendue, avec le bec de ciseaux courbes si elle l'est moins, en se guidant sur l'index gauche, on incise transversalement, on ouvre la collection qui bombe : un flot de pus s'écoule, on met en place un drain qu'il est bon de fixer à la marge de l'anus par un point.

Contrairement à ce que nous avons vu pour la colpo-tomie, il est inutile de laisser le drain longtemps en

place; souvent 48 heures suffisent. Il est bon de surveiller cependant l'état local et général du malade et de rouvrir l'incision s'il y a lieu. On fera des lavages quotidiens du rectum les jours suivants. On vérifiera en cas de signes de rétention que l'orifice reste perméable.

Le plus souvent on est surpris de la rapidité avec laquelle le drainage s'est effectué et les signes de suppuration ont disparu.

REPROCHES ADRESSÉS A L'INCISION RECTALE. COMPLICATIONS.

La plupart des reproches adressés à l'incision rectale sont purement théoriques, nés de la répugnance avec laquelle les chirurgiens envisagent cette voie. On a reproché à l'incision rectale le risque d'infection de la poche qu'elle est destinée à vider.

Jaboulay avait décrit une technique d'abaissement de partie antérieure de la muqueuse à l'anus, tendant à former un double canal: l'un de drainage, l'autre d'évacuation des matières. L'expérience a montré l'inutilité de cet artifice.

Pourquoi cette constance de non-infection de la poche ?

Est-ce parce que, comme l'a dit Jaboulay, l'ouverture « est en biseau dirigé en sens inverse du cours des matières comme le sont les uretères dans la vessie » ? C'est peu vraisemblable et Bérard et Patel ont vu dans un cas la lumière du drain obstruée par des matières et cependant il n'y a pas eu de surinfection de la poche,

Il y a longtemps que Byford a fait cette remarque que les abcès appendiculaires étaient tellement infectés qu'aucun voisinage n'était à craindre pour eux. Et c'est vraisemblablement la meilleure explication ; on a vu cependant chez la femme des abcès d'origine génitale s'ouvrir spontanément dans le rectum ; là non plus on n'a pas vu d'infection de la poche.

A l'inverse, on a reproché à l'incision rectale le risque d'infection de la muqueuse rectale, de rectite et de fistule. C'est encore un argument théorique : la rectite n'a jamais été constatée en tant que complication, on voit même régresser dans les jours qui suivent celle qui existait avant l'intervention ; quant à la fistule, qui est d'ailleurs exceptionnelle, elle est beaucoup moins gênante là que partout ailleurs, et en particulier dans le vagin, ou au périnée.

Le reproche d'insuffisance de drainage ne trouve pas davantage grâce devant les faits ; il est en tous cas facile d'élargir au doigt un orifice qui semblerait trop étroit.

L'hémorragie n'est pas un danger sérieux ; il est exact que des petites veines de la paroi antérieure du rectum peuvent saigner au moment de l'incision, mais cette hémorragie s'arrête toujours par des moyens simples : irrigation chaude, à la rigueur mèches entourant le drain

La blessure d'une anse sigmoïde interposée ou d'une anse grêle prolabée est un danger auquel il faut penser et il importe d'ouvrir doucement au doigt après incision prudente de la paroi rectale, chaque fois que la consis-

tance ne permet pas d'affirmer qu'on va arriver directement sur le pus.

Un risque grave mais évitable est la blessure de la vessie. Nous ne le signalons que parce que nous avons trouvé dans un travail de Rødelius de Hambourg 2 observations de blessure de la vessie, une fois par une aiguille, sans suites graves, une autre fois par pince trocart, avec fistule recto-vésicale consécutive. Celle ci guérit sans traitement local, par anus iliaque de dérivation.

Dans ces 2 cas, la vessie n'avait pas été préalablement vidée et l'intérêt de ces observations est de nous montrer l'utilité de cette précaution ; d'autre part la blessure a été dans les 2 cas faite par un instrument pointu manœuvré à l'aveugle, pratique qui est actuellement abandonnée par tous les chirurgiens français aussi bien pour le drainage vaginal que pour le drainage rectal.

Un reproche plus grave peut, semble-t-il, être adressé à l'incision rectale : c'est le danger d'intervention trop précoce, lorsque la suppuration n'est pas encore parfaitement collectée. Si en effet l'abcès du Douglas n'est pas parfaitement collecté, pas suffisamment entouré d'adhérences, on conçoit le danger qu'il peut y avoir à ouvrir le rectum dans une cavité qui n'est pas parfaitement close de toutes parts, qui n'est pas en particulier complètement séparée de la grande cavité péritonéale. Cette possibilité ne semble pas avoir soulevé une bien grande inquiétude parmi les chirurgiens français, puisque l'un d'eux alla même jusqu'à préconiser le drainage.

abdomino-rectal dans le traitement des péritonites généralisées. Par contre les anglais et les américains ont poussé ce souci trop loin, et certains proposent de faire en cas de doute une laparotomie préliminaire pour constater l'état des barrières péritonéales, ou de faire une ponction exploratrice transrectale. Ces initiatives nous paraissent au moins discutables et le danger de cette dernière en particulier aussi grand que celui d'une incision non indiquée ; cependant le risque est important, il faut essayer de l'éviter ; nous croyons que c'est dans l'étude précise des indications et des contre-indications cliniques de la méthode qu'on peut trouver la solution.

L'ensemble des reproches adressés à l'incision rectale est minime vis-à-vis du grand nombre de cas où elle a été employée sans aucun incident et avec de très heureux résultats.

Et comme le font remarquer Bérard et Patel, si aux cas favorables on ajoute tous ceux où l'ouverture rectale spontanée a été suivie de guérison, on arrive à la conclusion que c'est la plus bénigne des voies de drainage naturel.

Indications du drainage rectal.

Les enthousiastes du drainage rectal avaient au début poussé trop loin les indications de la méthode ; leurs exagérations portaient sur deux points.

De même que nous l'avons fait remarquer pour la colpotomie, on a tenté parce que cette voie de drainage était satisfaisante, parce que elle était déclive, de l'employer pour le traitement des péritonites généralisées,

L'ouverture de cette cavité septique dans un péritoine libre d'adhérences entraînait trop d'inconvénients pour qu'il soit utile d'insister. D'autre part on négligeait de traiter la cause de la péritonite, l'appendice dans le cas particulier et on s'est aperçu plus tard de la nécessité qu'il y avait de ne pas négliger ce point essentiel. Voilà le premier point.

En second lieu, la publication de statistiques impressionnantes sembla démontrer une immense supériorité de l'incision rectale sur l'ouverture abdominale dans le traitement des abcès appendiculaires. Il en résulta que de nombreux chirurgiens considérèrent les malades dont l'abcès pelvien avait été drainé comme guéris et ne firent pas l'appendicectomie. On traita par la même méthode des abcès iliaques à prolongement pelvien qu'on ne pouvait atteindre que très haut dans le rectum, alors qu'il eût été plus simple de les aborder par voie iliaque ce qui eût en outre peut-être permis de pratiquer l'appendicectomie.

Contre cette attitude, Broca s'élevait déjà en 1907 et ces exagérations ont été abandonnées.

Nous étudierons d'abord quelles sont les indications actuelles de l'incision rectale dans l'appendicite.

APPENDICITE

C'est tout d'abord l'appendicite pelvienne, qui n'a pas été diagnostiquée ou qui a été traitée médicalement, le plus souvent parce qu'on n'avait pas pensé à faire le toucher rectal. Au bout de quelques jours, l'état général est mauvais, la fièvre, la fréquence du pouls font

penser à une suppuration pelvienne qu'il faut tenter de dépister par le toucher rectal répété.

Tant qu'il n'existe qu'un simple empâtement profond, mal limité, mieux vaut attendre, ces plastrons pelviens se refroidissant souvent bien.

Si au contraire on assiste à la formation d'une collection pelvienne qui bombe sous la paroi rectale, donnant une sensation de résistance qui permet d'affirmer la présence de pus (Lecène), surtout s'il y a des signes de rectite, des émissions de glaires, le tout sans empâtement, dans la fosse iliaque, il faut intervenir par incision rectale.

A l'opposé de ces abcès, il existe des abcès appendiculaires d'origine pelvienne qui prennent naissance au détroit supérieur et tendent à devenir iliaques alors qu'au toucher rectal ils ne sont perçus qu'assez haut. Ici l'incision iliaque permettra l'évacuation de l'abcès et peut-être en même temps l'appendicectomie ; elle est donc théoriquement préférable. Cependant ces malades sont souvent très fatigués, leur suppuration très septique est très mal supportée par l'incision pariétale, et dans certains cas spécialement graves, peut-être vaudrait-il mieux encore, si la collection n'est pas hors de portée faire d'abord un drainage rectal peu choquant et attendre plusieurs mois, si le résultat est favorable, avant de faire l'appendicectomie

Obs. 1. — Un enfant de 14 ans est amené à l'hôpital au 8^e jour d'une pyrexie ayant débuté par point de côté, dyspnée, température à 40°, douleur abdominale d'abord à

gauche, puis à droite : Pendant 8 jours l'état général reste le même ; il y a une diarrhée extrêmement abondante. A l'entrée : facies vultueux, sans herpès, ventre souple sauf dans la région sous-ombilicale un peu à droite de la ligne médiane, où l'on sent une masse dure, arrondie, douloureuse, assez nettement limitée, un peu ramollie en son centre qui bombe au T. R. jusqu'à obstruer presque complètement la lumière. Grosse congestion pulmonaire de la base droite, température 40, pouls 108. On pense à une péritonite à pneumocoques et l'on intervient par une incision iliaque droite en plein centre de la masse. Ouverture d'un abcès effroyablement fétide, limité de toutes parts par des barrières denses. On ne voit ni ne sent l'appendice. Drainage large

L'état général s'aggrave rapidement après l'intervention, la paroi se sphacèle partiellement autour de l'incision et la mort survient le 4^e jour.

Dans ce cas d'abcès appendiculaire (la péritonite à pneumocoques peut être écartée par la fétidité du pus qui contenait une flore microbienne extrêmement riche, mais sans pneumocoques) il semble qu'une des causes déterminantes de la mort a été l'attaque de toute l'épaisseur des plans pariétaux par le pus extrêmement virulent ; peut-être eût-il mieux valu se contenter d'une incision rectale palliative qui aurait permis à moins de frais la désintoxication du malade.

En cas d'abcès intermédiaire aux types précédents : abcès iliaques à prolongement pelvien, abcès pelviens à prolongement iliaque droit ou gauche, on préférera l'incision iliaque chaque fois qu'elle mènera directement sur la collection, avec les mêmes réserves que précédemment, et en outre que si le drainage est insuffisant par cette incision iliaque, s'il se

produit de la rétention, on pourra faire un drainage rectal complémentaire (abcès en bissac avec communication très étroite).

Mais les abcès pelviens de l'appendicite sont loin d'avoir pour seule cause l'appendicite pelvienne.

Après une appendicite en situation normale traitée par appendicectomie sans drainage, il n'est pas exceptionnel de voir la température remonter après quelques jours d'apyrexie ; le ventre se ballonne ; le malade ne se sent pas bien ; et le toucher montre un abcès du Douglas. Dans ce cas où la plaie abdominale n'a pas été drainée il est préférable de drainer par le rectum un tel abcès, plutôt que de rompre par l'abdomen une barrière d'adhérences protectrices.

Il faut penser encore à l'abcès pelvien au cours du traitement médical d'une appendicite. L'absence de signes locaux abdominaux coïncidant avec des troubles de l'état général doit faire pratiquer le toucher rectal et le faire répéter. C'est lui qui pourra déceler un abcès du Douglas, relevant dans ce cas encore de l'incision rectale.

Dans tous ces cas évidemment l'appendicectomie complémentaire devra être pratiquée, mais tardivement, trois mois et plus après l'évacuation de l'abcès et d'autant plus tard qu'on a plus de raisons de penser que l'appendice était lui-même pelvien et au centre de l'abcès.

La conduite à tenir est plus discutable dans un autre ordre de cas : un malade a été opéré d'appendicite à chaud ; les lésions étaient importantes et ont nécessité un

drainage, soit local, soit du Douglas qui recélait un peu de liquide louche ou de pus ; puis le drainage a été supprimé, plus ou moins précocement, mais, même avec un drainage longtemps poursuivi et surtout chez l'enfant, des signes font penser à la formation d'un abcès huit, dix jours et même plus longtemps après la suppression du drainage. Un tel abcès résiduel doit être recherché chez tout malade présentant au cours de sa convalescence une reprise de température, même sans autre symptôme, mais surtout si elle s'accompagne de constipation ou de diarrhée glaireuse, de douleurs abdominales, avec ballonnement et vomissements. Et c'est encore le toucher rectal qui fournira la clé du diagnostic.

Si la plaie abdominale est encore incomplètement fermée au moment de la formation d'un tel abcès, si le trajet du drain est encore perméable, le remplacement du drain guidé par le doigt ou par un clamp courbe est préférable à l'incision rectale. Mais dans le cas contraire, si l'abcès bombe, est sous tension, si le trajet du drain semble complètement fermé, l'incision rectale reprend tous ses avantages.

Il y a lieu d'ailleurs de remarquer, lorsqu'on draine à nouveau par l'incision iliaque des abcès résiduels, que souvent la quantité de pus ramenée est très faible, « l'apyrexie est incomplète », et secondairement l'abcès s'évacue spontanément par le rectum ; il y avait deux poches et une seule a été drainée ; la paroi supérieure de la collection inférieure a été prise pour le fond du Douglas. Il faut lorsqu'on remet un drain s'assurer par

le toucher rectal que la collection s'est affaissée et qu'on sent l'extrémité inférieure du drain.

La conduite à tenir est toujours délicate, comme le montrent les deux exemples suivants :

Obs. 2. — Une enfant de 14 ans est amenée à l'hôpital avec une crise d'appendicite aiguë, violente réaction, péritonéale, datant de plusieurs jours : intervention : abcès méso-cœliaque qu'on ouvre et qu'on draine largement. Appendicectomie. Pas de sédation ; 3 jours plus tard, on sent une masse dure et tendue au T. R., on repasse par la plaie opératoire laissée ouverte et on introduit un drain jusqu'au fond du Douglas en effondrant une cloison : écoulement de pus : déferescence légère, 2 jours plus tard, ouverture spontanée dans le rectum d'une volumineuse collection. Déferescence complète et définitive.

Obs. 3. — Fillette de 10 ans : péritonite généralisée, intervention : appendicectomie, drainage large, la déferescence ne se fait pas ; du ballonnement, des vomissements apparaissent ; on sent au T. R. une masse qui bombe ; on mobilise le drain du Douglas et on en replace un plus gros ; les phénomènes ne s'amendant pas, on fait un drainage rectal qui ramène peu de pus et ne donne pas l'amélioration escomptée. La fosse iliaque gauche est tendue : on fait une incision iliaque gauche : évacuation d'un abcès qui descend jusqu'au fond du Douglas, ouverture de l'anse sigmoïde qui est distendue. Les phénomènes inflammatoires et occlusifs cessent.

Ce polymorphisme nous montre la multiplicité des cas où l'incision rectale se montre utile dans le traitement des abcès pelviens de l'appendicite. Ses indica-

tions sont cependant moins fréquentes qu'on ne pourrait le croire : la précocité de l'intervention a beaucoup diminué le nombre de ces cas graves, des appendicites pelviennes diagnostiquée tardivement. Le drainage rectal n'en reste pas moins une ressource précieuse dont les indications seront parfois à discuter avec celles de l'incision iliaque ; ces avantages demeurent entiers : simplicité, absence de danger, pas de rupture de barrières protectrices et ceci l'oppose diamétralement à l'incision sus-pubienne dont on tend parfois à faire la voie d'abord de choix sur les suppurations pelviennes.

SIGMOÏDITES ET PÉRISIGMOÏDITES.

Après ce que nous avons dit de l'appendicite, nous serons bref sur les sigmoïdites et les péricatagones : on sait en effet combien les lésions et les abcès peuvent ressembler cliniquement à ceux de l'appendicite, on conçoit que dans des cas analogues l'incision rectale puisse rendre les mêmes services et que là encore on puisse pour certains abcès ilio-pelviens gauches discuter si la voie d'abord doit être iliaque ou rectale. Les péricatagones se vident d'ailleurs spontanément plutôt dans le sigmoïde que dans le rectum.

Ce qui est plus intéressant ici, c'est le problème qui se pose parfois en clinique : le toucher rectal décèle une collection du Douglas, collection dont l'origine n'est pas connue au moment où les symptômes pelviens ont amené à faire le toucher rectal. Même si l'abcès tend à s'étendre vers la fosse iliaque gauche, l'appendicite ne

peut être éliminée. Parfois on devra se résoudre à courir au plus pressé : vider l'abcès par le rectum, quitte à essayer plus tard de faire un diagnostic causal basé sur les antécédents et sur l'examen clinique du malade après refroidissement complet de son infection pelvienne.

AUTRES CAUSES ABDOMINALES D'ABCÈS PELVIENS.

Ces deux causes d'abcès pelvien sont évidemment chez l'homme les plus fréquentes et les plus étudiées ; il en existe d'autres dont le diagnostic se posera en clinique dans deux cas différents :

Ou bien il s'agit d'une affection abdominale diagnostiquée, en cours de traitement, déjà opérée parfois, au cours de laquelle survient une complication dont les symptômes amènent à pratiquer le toucher rectal : celui-ci révèle un abcès du Douglas ;

Ou bien l'examen complet d'un malade présentant des signes de suppuration abdominale ou même d'infection sans localisation précise, montre au toucher rectal un abcès du Douglas dont l'origine ne peut immédiatement être précisée. Ce n'est parfois qu'après une laparotomie ultérieure qu'on pourra le ramener à sa cause.

Ainsi, comme exemple du premier cas, on peut citer des ulcères perforés opérés, au cours des suites opératoires desquels on a vu se développer des abcès du Douglas comparables en tous points aux abcès résiduels de l'appendicite ; comme exemple de l'autre cas, un abcès pelvien évacué et drainé par le rectum s'est révélé

ensuite causé par une perforation bouchée du pylore qui n'a été diagnostiquée et opérée que plus tard (Perrin).

Les traumatismes abdominaux vus tardivement ou pour lesquels on a cru pouvoir temporiser peuvent parfois dans des cas relativement heureux donner lieu à des abcès du Douglas qu'il sera bon également de vider par la voie rectale : on n'évitera pas ainsi les complications qui peuvent survenir du fait de la lésion viscérale, mais on évitera les accidents immédiats d'extension péritonéale.

SUPPURATIONS D'ORIGINE URINAIRE.

Il faut faire une place à part chez l'homme aux collections pelviennes d'origine génito-urinaire justiciables d'un drainage rectal. Nous y passerons d'ailleurs rapidement car les suppurations pelviennes intra-péritonéales qui nous intéressent surtout sont contrairement à ce qui se passe chez la femme, exceptionnelles.

Nous ne discuterons pas les avantages respectifs de la voie rectale et de la voie périnéale pour l'ouverture des abcès de la prostate. C'est là le seul cas où la voie périnéale prérectale conserve dans certains cas des avantages ; cependant, toutes les fois que la suppuration ne s'est pas préalablement ouverte dans l'urètre, la voie rectale semble être la voie de choix.

Chez l'homme on peut rencontrer également des suppurations périprostatiques donnant un tableau tout-à-fait comparable à la suppuration sous-péritonéale, au phlegmon de la gaine hypogastrique de la femme et qui

comme eux doivent être ouvertes par voie périnéale, par le rectum par conséquent.

C'est d'ailleurs l'évolution normale de ces abcès livrés à eux-mêmes et il est indiqué de choisir la voie naturelle, ne faisant en cela que précéder l'ouverture spontanée. Chez l'homme ces suppurations péri-génito-urinaires sont parfois plus complexes, les espaces péri-vésicaux peuvent être gagnés par le processus suppuratif et des débridements multiples seront indiqués.

Signalons enfin à titre de curiosité étant donné leur extrême rareté la possibilité de pelvi-péritonites d'origine prostatique dont le traitement semble être également l'ouverture rectale.

L'énumération de ces lésions pouvant bénéficier d'un drainage rectal peut paraître quelque peu théorique, aussi essaierons-nous de grouper les symptômes qui commandent l'incision rectale, quelle que soit l'origine de la collection.

Les signes qui permettent de poser l'indication de drainage rectal sont de trois ordres :

Troubles de l'état général ;

Signes de rectite ;

Renseignements fournis par le toucher rectal.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL.

Ce sont des signes de suppuration qui apparaissent ou qui reparaissent sans qu'on puisse en trouver la cause ailleurs : c'est par exemple après appendicectomie une reprise de la température qui s'élève à 38°3,

39°, avec accélération du pouls parallèle ou souvent plus importante que ne le supposerait la température. Localement on ne trouve rien : pas d'abcès de la paroi, l'abdomen est souple, il n'y a pas de contracture, tout au plus peut-on constater un certain degré de ballonnement en rapport avec une constipation qui est à peu près constante. Le facies s'altère, devient tiré, les yeux s'excavent, et cependant il n'y a pas de signes de péritonite.

Ces troubles de l'état général qui orientent le diagnostic, par l'absence de suppuration du foyer originel de l'affection, éveillent l'idée de collection pelvienne. Cependant ils peuvent manquer et on a vu d'énormes abcès pelviens se développer à bas bruit, presque sans température et être une découverte d'examen.

D'autres signes vont mettre en évidence la présence d'une suppuration au contact du rectum : ce sont les signes de rectite.

LA RECTITE.

Elle est mise en évidence essentiellement par deux signes :

— la constipation, absence de selles malgré des lavements réitérés ;

— l'émission de glaires, fausse diarrhée d'importance variable, accompagnée de douleurs à type d'épreintes le plus souvent. L'émission de glaires surtout est caractéristique de suppuration au contact du rectum et doit faire pratiquer le toucher rectal chez tout malade qui en présente, même si aucun antécé-

dent ne le justifie, si le malade n'a pas présenté de signes francs d'appendicite ou de toute autre affection abdominale, à plus forte raison si le malade est déjà traité, suivi en observation pour appendicite traitée par l'expectative ou opéré les jours précédents.

Ces émissions de glaires sont plus ou moins abondantes, et évidentes : parfois elles sont spontanées, revêtent si l'on n'y regarde pas de près l'aspect d'une diarrhée accompagnée d'épreintes et de tenesme. D'autres fois elles n'apparaissent que lorsque le malade rend un lavement administre pour combattre sa constipation ; le lavement est rendu sans matières mais avec des glaires qui peuvent passer inaperçues si le lavement était abondant et est rendu intégralement.

Si l'on a lieu de penser à un abcès pelvien il faut les rechercher ; dans d'autres cas c'est leur présence qui attirera l'attention et dans tous les cas on devra rechercher le seul signe de certitude qui est fourni par le toucher rectal.

TOUCHER RECTAL.

Celui-ci pratiqué avec douceur car il peut être très douloureux montre un bombement de situation et de consistance variables sur la paroi antérieure du rectum.

Souvent la tumefaction est située très haut, à bout de doigt, au moins au début et ne s'abaissera que progressivement. Mais elle peut rester très haut, ce qui ne nous semble pas une contre-indication à l'incision rectale, à condition d'intervenir prudemment sous anesthésie

générale et après dilatation complète, à condition aussi que la collection ne soit pas davantage à portée d'une incision iliaque.

Il est plus rare actuellement de voir des abcès bas situés, bombant au point de remplir la lumière rectale et qui semblent faire irruption au dehors dès qu'on a dilaté l'anus.

La consistance varie d'un examen à l'autre et ce sera le test sur lequel on se basera pour intervenir ou pour temporiser. Au début de la saillie est souvent molle et dépressible, ou bien c'est un empatement profond mal limité, sans signes d'abcès collecté, véritable « plastron pelvien » (Lecène), et l'on est conduit à penser que s'il y a collection pelvienne, elle n'est pas complètement limitée par des adhérences vers l'abdomen. Il y a lieu de temporiser si l'état du malade le permet, de voir si la tumeur inflammatoire ne serait pas accessible par son pôle supérieur abdominal avec moins de risque, ou si une cicatrice opératoire récente ne permettrait la simple réintroduction d'un drain.

La temporisation, ou dans d'autres cas la réintervention abdominale sont à coup sûr préférables à la ponction exploratrice que préconisent certains auteurs allemands et américains.

Dans d'autres cas où après un certain temps de temporisation, la tuméfaction devient plus tendue, d'abord mollassse puis franchement rénitente ; en tous cas elle n'est plus dépressible, elle n'est plus réductible, surtout. « C'est, dit Lecène, une collection pelvienne qui bombe et refoule la paroi rectale en donnant cette sen-

sation spéciale de résistance qui permet d'affirmer la présence en avant du rectum d'une collection liquide sous tension ».

On ne peut parler de fluctuation : celle-ci pourrait dans de grands abcès abdomino-pelviens être perçue entre une main abdominale et le doigt rectal ; en tout autre cas on ne peut apprécier la fluctuation d'un seul doigt. Cette impression spéciale est faite surtout, croyons-nous, de l'absence de réductibilité de la tumeur : tant que la tumeur est réductible, les barrières ne sont pas formées, il ne faut pas intervenir ; lorsque disparaît la réductibilité, l'abcès est collecté, sous tension, il faut intervenir.

Quelquefois, les signes sont assez nets dès le premier examen pour imposer l'intervention : plus souvent, c'est en répétant le toucher rectal qu'on constatera, parfois en quelques heures des modifications importantes. « Il ne faut jamais hésiter à faire et à refaire le toucher rectal, seul moyen de diagnostic de ces collections » (Lecène).

La douleur sans être un signe absolument constant conserve néanmoins une certaine valeur. Parfois très vive et rendant l'examen difficile, mais imposant alors à elle seule une thérapeutique d'urgence, elle est souvent modérée, avec cependant un maximum au point le plus saillant ; ceci est généralement facile à mettre en évidence, surtout chez l'enfant.

Abandonnée à elle-même, une collection pelvienne va généralement s'ouvrir spontanément dans le rectum, mais si la virulence de l'infection est grande, aura-t-elle

le temps de le faire ? En tous cas l'expectation spontanée ne peut qu'offrir une solution à peu près sûrement de tous les symptômes et il est indiqué de procéder thérapeutiquement une expectative spontanée, dont on ne sait si elle n'arrivera pas trop tard.

Il existe donc une véritable triade symptomatique qui permet de poser l'indication de l'incision rectale : elle se sans préjuger de la cause : troubles de l'anus général, parties glabres, toutement perceptible au toucher rectal. Ce dernier signe est à lui seul suffisant et nécessaire pour poser l'indication : le tout est de le rechercher, et les autres symptômes ont justement le mérite de faire penser à pratiquer le toucher rectal si l'idée n'en était pas venue.

Si l'on se donne comme règle absolue de pratiquer le toucher rectal au cours de toute affection abdominale, récemment agérée ou non, dans tout cas où une suppuration profonde est probable, sans signe de localisation, on a les choses par une intervention simple et nullement shockante de faire cesser rapidement les signes de suppuration. Cette règle ne devrait jamais être oubliée au cours des suites opératoires de l'appendicite aiguë : dès qu'une élévation thermique se produit : faire un toucher rectal avant d'invoquer une complication pulmonaire qui existe peut-être, mais qui risque de faire perdre un temps précieux. Cette règle a encore plus d'importance, croyons-nous, chez l'enfant que chez l'adulte.

Des exemples de suppuration pulmonaire diagnostiqués uniquement par le toucher rectal avant

été pratiqué systématiquement, « par routine », sont cités ; signalons celui-ci dû à Ritchie : un enfant porteur d'une pleurésie purulente est opéré par pleurotomie avec résection costale ; l'intervention n'amène pas de sédation ; on fait un toucher rectal qui montre un abcès pelvien (appendiculaire ?) drainage rectal, guérison.

Valeur du drainage rectal, résultats.

Il est bien difficile de se faire une opinion sur des résultats d'ensemble, les observations de drainage rectal étant rares et éparses.

On ne connaît guère en effet que des observations déjà anciennes, datant d'une époque où la chirurgie abdominale, spécialement dans le cas de l'appendicite aiguë, opérée souvent tardivement avec une protection insuffisante du péritoine, donnait des résultats franchement mauvais. Aussi les statistiques d'alors tiennent surtout compte des résultats comparés de la laparotomie et de l'incision rectale pour les abcès pelviens. Elles sont, est-il besoin de le dire, tout en faveur du drainage rectal. Rappelons pour mémoire la classique statistique de Rotter :

Sur 9 cas d'abcès pelviens opérés par voie abdominale, 3 morts ; pourcentage : 33 %.

Sur 35 cas drainés, par voie basse, 2 morts, mortalité : 6 % et sur ces 35 cas, 15 ont été drainés par le rectum sans un seul décès.

Une telle mise en parallèle n'est plus de mise actuellement ; nous avons dit que chaque voie a ses indica-

tions particulières et que l'incision iliaque est préférable chaque fois qu'elle doit mener directement sur l'abcès, en péritoine cloisonné, d'autant plus qu'elle permet parfois dans le même temps l'appendicectomie.

Ce qui nous semble plus intéressant, c'est de noter, à la faveur de cette statistique, que le drainage rectal est :

1° sans danger ;

2° qu'il répond à son indication : évacuation et drainage d'une collection pelvienne enkystée.

Nous ne connaissons pas de cas où le drainage rectal ait été indiscutablement par lui-même la cause d'un accident grave, sauf un de Ritchie : chez un enfant, l'incision rectale a été suivie d'une hémorragie importante et de mort, mais l'enfant était dans un tel état que la mort était de toute façon très probable.

Aucune des autres observations ne mentionne d'accident mortel.

Rappelons encore la statistique de Bérard et Patel : 24 observations personnelles avec 24 guérisons et celle de Chaput : 4 cas avec 4 guérisons en 8 jours, et celle de Reynier : 5 cas avec 5 guérisons.

Les échecs sont exceptionnels : quand les partisans et les adversaires de la méthode s'affrontèrent en 1907, on ne signalait que le cas de Sutton qui avait été obligé de faire un drainage prérectal après un drainage rectal, et celui de Couteaud qui avait agi de même, mais pour une pelvi-péritonite d'origine prostatique.

Nous n'avons pas retrouvé d'autre observation relatant un échec de la méthode ; ce qui ne veut pas dire

qu'il n'en existe pas, mais que pour ceux qui l'emploient, la question est jugée ; c'est aussi notre opinion, mais des adversaires non explicites de la méthode résistent encore. Est-ce assez de répéter que lorsque ces abcès non opérés s'ouvrent dans le rectum, la guérison est toujours rapide et sans complications.

Si, nous l'avons vu, il existe de nombreux cas d'abcès pelviens qui peuvent bénéficier d'une incision iliaque, à condition d'intervenir en péritoine cloisonné, et dans le but d'agir sur la lésion causale, il est une intervention, par contre, employée et recommandée oralement par certains chirurgiens qui nous paraît absolument indéfendable, c'est l'incision sus-pubienne.

Incision sus-pubienne

Nous n'attaquons pas ici le drainage sus-pubien tel qu'il est souvent pratiqué, soit à la fin d'une intervention abdominale par laparotomie sous-ombilicale, le drain sortant du ventre par l'extrémité inférieure de la cicatrice opératoire, soit après une laparotomie sus-ombilicale ou latérale, le drain passant par une incision spéciale, sus-pubienne, courte. Le principe du drainage du point déclive de la cavité péritonéale nous paraît recevoir là une application typique.

Mais drainer par la même voie un abcès pelvien collecté nous paraît une erreur : et ceci pour plusieurs raisons.

Même si elle mène directement sur l'abcès en péritoine cloisonné, elle ne permet pas de traiter efficace-

ment la lésion causale comme pourrait le permettre une incision iliaque ;

Si les barrières de défense sont formées, elle risque en les levant d'étendre l'infection à la grande cavité péritonéale ;

Enfin on a montré qu'elle n'était pas absolument inoffensive : elle expose aux fistules stercorales (Lecène) ; aux éventrations ; à l'occlusion post opératoire.

Quant au risque de blessure de la vessie, nous ne le retiendrons pas : il est aussi évitable avec un minimum de prudence que par l'incision rectale.

Le drainage sus-pubien n'a donc aucun des avantages du drainage rectal pour les collections suppurées pelviennes : il n'a non plus aucun des avantages d'une incision iliaque menant sur l'abcès, qui permet parfois de faire en même temps que le drainage le traitement de la lésion causale.

En conclusion de cette étude, nous pouvons dire qu'il existe :

1° Des collections pelviennes qui remontent jusqu'à la paroi abdominale d'une fosse iliaque ; elles peuvent et doivent généralement être abordées par voie abdominale ;

2° des collections pelviennes pures qui n'ont aucune connexion avec la paroi abdominale et qui bombent dans le rectum ; elles entraînent des symptômes qu'on peut individualiser en une véritable triade symptomatique caractérisée par :

a) troubles de l'état général ;

b) rectite glaireuse ;

c) bombement non réductible perceptible au toucher rectal.

Ces signes et surtout le dernier constituant en même temps que la symptomatologie de ces abcès l'indication de les ouvrir par le rectum.

Les abcès pelviens de cette nature sont parfois latents, il faut bien le savoir et pratiquer un toucher rectal systématique chaque fois qu'un quelconque de leurs signes attire l'attention, et en particulier chaque fois qu'une affection abdominale entraîne des signes de suppuration qui ne peut être ramenée à une cause locale, ou qu'après une intervention abdominale, la température remonte ou ne s'abaisse pas alors que rien ne l'explique localement; toutes les fois enfin qu'au cours d'un état fébrile suppuratif persistant, on ne trouve aucun signe de localisation.

Drainage vaginal et drainage rectal

C'est à dessein que nous avons omis au cours de l'étude des suppurations pelviennes de la femme, comme au cours de celle du drainage rectal, les suppurations d'origine extra-génitale chez la femme.

Maintenant que l'étude des différents modes de drainage des collections pelviennes est achevée, nous pouvons nous demander par quelle voie chez la femme doivent être drainées les collections extra-génitales ?

Cliniquement, ces suppurations, appendiculaires le plus souvent, ont le même aspect que chez l'homme, mais chez la femme la voie vaginale paraît présenter au moins en apparence des avantages.

Nous avons dit plus haut les recherches qui avaient été faites chez l'homme pour suppléer le drainage vaginal.

Nul ne pensait alors que chez la femme, il y eût le moindre avantage à ne pas drainer toujours par colpotomie les collections qui se formaient dans le Douglas.

Puis on a vu les résultats du drainage rectal qui ont semblé tellement excellents qu'on s'est demandé s'il n'y avait pas intérêt à drainer par le rectum, chez la

femme, non seulement les collections d'origine extra-génitale, mais aussi les pelvi-péritonites génitales (Chaput).

Il y a certes quelque exagération à le soutenir, et si les collections péritonéales ou sous-péritonéales qui se vident spontanément par le rectum guérissent habituellement très simplement, par contre l'ouverture suivie de fistulisation d'un pyosalpinx dans le rectum n'est pas sans gravité.

On ne peut cependant ne pas être frappé d'une différence entre ces deux modes de drainage, qui est tout en faveur du drainage rectal, c'est la durée de la suppuration dans l'un et l'autre cas.

Nous avons vu combien souvent le drainage par colpotomie devait être prolongé, surveillé, les tubes parfois être remis en place après ablation ; au contraire l'ouverture spontanée dans le rectum d'une collection d'origine annexielle est souvent suivie de guérison rapide, sans infection secondaire.

Pour les abcès appendiculaires, la différence est encore plus sensible : Chaput notait que ceux drainés par voie rectale guérissaient en moyenne en 8 jours, ceux drainés par voie vaginale en 15 jours. Il y a plus : Rotter, Bérard et Patel reprochaient déjà à cette voie de drainage la mise au contact du col utérin et du vagin avec le pus très septique qui s'écoule d'un abcès appendiculaire et cet argument nous semble assez fort pour faire préférer, chez la femme, dans le cas de collection d'origine extra-génitale seulement, le drainage rectal au drainage vaginal, et à plus forte raison chez la

vierge, ou en cas d'étroitesse du vagin, « le drainage rectal, dit Lecène, est pour les abcès appendiculaires encore plus déclive et l'opération plus simple ».

Soupault et Seille sont également de cet avis : d'après eux le cul-de-sac vaginal résiste beaucoup plus longtemps que la paroi rectale, et d'ailleurs le drainage fait par le rectum est plus déclive.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Madeleine Gr., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 16 mai 1933 ; depuis 1 mois et demi, elle est fatiguée et a maigri de 3 kg. ; depuis 2 jours elle se plaint de douleurs de l'hypogastre et des deux fosses iliaques, sans irradiations ; ses dernières règles ont duré du 11 au 17 avril ; celles-ci sont en léger retard et depuis le 13 elle a des métrorragies avec des nombreux caillots, 2 grossesses, pas de F. C.

Température : 38°2, pouls 100 ; douleur et défense dans toute la moitié inférieure de l'abdomen ; pas de point appendiculaire.

T. V. : Col mollassé, refoulé contre la symphyse ; impossible de situer exactement le corps. Il existe dans le cul-de-sac postérieur une masse s'étendant latéralement jusqu'aux parois du bassin. Dans le cul-de-sac droit : noyau dur, scléreux ; la masse n'est pas sensible à la pression, mais absolument irréductible.

Le 17 juin 1933 : Colpotomie postérieure qu'on latéralise un peu à gauche, guidé par la ponction du Douglas faite préalablement. Evacuation d'1/2 litre de pus environ ; drain en T.

La température oscille encore un peu pendant 4 jours, puis tombe à la normale.

Ablation du drain le 7^e jour ; la température reste normale.

T. V. : le 4 juin il reste 2 grosses masses indolores, l'uté-

rus est bloqué. La malade doit revenir dans un mois pour subir une hystérectomie. Elle n'est pas revue.

Obs. II. — Mad. Pir..., 50 ans, entre à l'hôpital le 7 juillet 1933 pour des crises douloureuses durant depuis une vingtaine de jours, diffusées à tout l'abdomen. Elle est ménopausée depuis un an ; elle a des pertes blanches depuis 1 mois.

Température : 38° ; à la palpation on sent une grosse tuméfaction très douloureuse remontant jusqu'à l'ombilic, s'étendant latéralement jusqu'aux crêtes iliaques.

T. V. : on est arrêté dès l'entrée du vagin par une grosse masse développée dans le cul-de-sac postérieur, fluctuante et douloureuse ; on n'arrive pas à sentir le col.

Le 8 juillet : Colpotomie postérieure, pus très abondant, drain en T. La température tombe en 2 jours à 37°, mais pendant 15 jours se maintient encore entre 37° et 38° ; l'écoulement diminue. Ablation du drain le 1^{er} août 1933. N'a pas été revue.

Obs. III. — Mme Hu..., 37 ans, entrée le 16 juillet 1933 à l'hôpital avec une grosse collection du cul-de-sac postérieur ; température :

Colpotomie d'urgence le 17 juillet, pus très fétide, drain en T.

Le 29 juillet, la malade ne perd plus qu'un peu de liquide séro sanglant ; ablation du drain le 1^{er} août ; elle sort le 5 août ne perdant plus.

Revue le 24 octobre 1933. Douleurs abdominales et surtout lombaires, quelques pertes.

T. V. : col petit conique regardant en avant ; corps basculé en arrière, immobile et douloureux ; culs-de-sacs latéraux libres.

Traitement : Diathermie.

Obs. IV. — Mme Car, 35 ans entre à l'hôpital le 11 septembre 1933 depuis un an ; douleurs abdominales vagues, devenues plus violentes depuis quelques semaines, localisées dans les deux fosses iliaques, les cuisses et la région lombaire ; traitée depuis 10 jours pour cystite gonococcique à la consultation du service Civiale. Antécédents : Syphilis traitée en 1914 à St-Louis ; en 1918 : crise de salpingite qui récidive plusieurs fois ensuite : opérée d'appendicite.

Examen : ventre souple, un peu douloureux à la pression dans la région hypogastrique : température : 38°5.

T. V. : col petit fermé, très dur ; cul-de-sac droit libre, cul-de-sac gauche : masse très dure se continuant en arrière dans le Douglas. Elle est mise au repos, à la glace, à la belladone et reçoit 3 injections de Propidon.

Le 24 septembre, T. V. : la masse postérieure est devenue fluctuante, par ailleurs il existe des signes de rectite glaireuse, l'état fébrile persiste.

Colpotomie postérieure ; grosse quantité de pus verdâtre, drain en T. La température baisse en 4 jours, remonte un peu les jours suivants, mais le drain est bouché ; on rétablit le drainage, ce qui amène une débâcle de pus et la température retombe à la normale et y reste malgré une expectoration abondante et des urines troubles. Le drain est retiré le 11^e jour sans incident.

Revue le 14 octobre 1934, T. V. : col complètement attiré à gauche : plaqué contre la paroi latérale du vagin ; dans le cul de-sac gauche : bloc cicatriciel dans laquelle il est impossible de reconnaître quoi que ce soit ; le cul-de sac droit est libre, et l'utérus est bloqué.

Revue en janvier 1934 : T. V. : col fixé, cul-de-sac postérieur blindé, mais absolument indolore.

Obs. V. — Mme Bac., 44 ans, entre à l'hôpital le 19 octobre 1933 pour des métrorragies durant depuis 1 mois avec nombreux gros caillots, accompagnées de quelques vagues

douleurs abdominales : auparavant, elle était bien réglée, mais avait des pertes blanches abondantes en rapport avec une salpingite ancienne ; elle a eu un enfant il y a 20 ans et une F. C. il y a 7 ans ; par ailleurs elle souffre d'une cholestyite chronique.

Température à l'entrée : 37°5, abdomen souple et à peu près indolore. T. V. : col aux lèvres éversées, dur et fermé ; corps très gros, mobile, indolent, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse, débordant dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac postérieur, les pertes sont très abondantes, noirâtres et fétides. On pose le diagnostic de fibrome infecté et on décide de surseoir à l'intervention. La température montant, on place un drainage intra-utérin qui n'améliore pas la situation et le 31 octobre, la température atteint 40° ; le cul-de-sac postérieur est comblé par une masse dure et douloureuse.

Colpotomie postérieure : on est obligé de remonter haut et à gauche pour trouver le pus. Drain en T.

Amélioration de l'état général, suppuration abondante et fétide par le drain : lavages au Dakin d'abord dédoublé, puis pur. Ablation du drain le 21 décembre, au bout de 50 jours ; la température ne remonte pas mais les douleurs réapparaissent ; le 3 janvier 1934, on perçoit une masse dans le cul-de sac gauche, qu'on arrive à dissocier de l'utérus, de la dimension d'une orange, mobile.

Laparotomie le 8 janvier 1934 : utérus normal, annexe droite toute petite collée derrière lui ; à gauche, grosse poche kystique adhérent au côlon pelvien, et pyosalpinx petit, mais très adhérent au rectum. Hystérectomie de droite à gauche, déchirure du rectum, suture. Il n'y a pas d'adhérences au fond du cul-de-sac de Douglas. Mickulicz, paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites simples sauf une poussée de pyélonéphrite au moment du lever. Sortie le 18 novembre 1934.

Revue en bon état le 14 avril 1934.

Obs. VI. — Mlle Gin..., 19 ans, entre le 9 octobre 1933 à l'hôpital pour une crise d'appendicite aiguë à la 12^e heure, température 37°8, pouls : 90, pas de douleur au toucher vaginal.

Appendicectomie difficile : Appendice rétro-cæcal gangreneux, fermeture en un plan, drainage.

Suites simples d'abord, puis la température remonte autour de 38°5 le 25 octobre. T. V. : Col très allongé, cul-de-sac postérieur blindé par une masse dure non douloureuse qui se prolonge plus à gauche qu'à droite, utérus bloqué non mobilisable, ni verticalement, ni transversalement.

Colpotomie postérieure le 28 octobre 1933 : Pus fétide, drain en T. La température baisse et le 10^e jour on enlève le drain. Le 9 décembre, la température remonte, apparition d'un plastron dans la fosse iliaque gauche, douleur à la miction ; induration et comblement du cul de sac de Douglas par une masse dure, non fluctuante ; on constate que l'orifice de colpotomie est fermé, nouvelle colpotomie : grande quantité de pus fécaloïde, drainage.

Suites simples : Sortie le 1^{er} décembre 1933, conservant une sensibilité de la fosse iliaque gauche.

Obs. VII. — Mme di Fuc..., 45 ans, entre le 10 novembre 1933 à l'hôpital, elle est traitée depuis 5 mois pour métrite hémorragique, depuis quelques jours, elle a des douleurs pelviennes violentes avec douleur à la miction, des frissons, une température à 40°, des vomissements répétés, et un arrêt des matières et des gaz.

A l'entrée, l'abdomen est tendu, au T. V., le col est en avant, les culs-de-sac antérieur et latéraux sont souples, le cul-de-sac postérieur est comblé par une masse dure douloureuse qui bloque l'utérus.

Après un lavement salé hypertonique, débâcle intestinale, et le 16 novembre, le toucher montre en arrière du col, à droite une induration, et séparée de celle-ci par un sillon une induration plus médiane,

Colpotomie le 17 novembre 1933, 100 cc. de pus rougeâtre ; la température tombe, le drain est enlevé le 10^e jour.

Revue le 2 janvier 1934 ; culs-de-sac très souples, aucune masse autour de l'utérus qui est en antéposition.

Obs. VIII. — Mme Esn..., 48 ans, entre à l'hôpital le 17 novembre 1933 pour une crise douloureuse abdominale, sans vomissements, température : 38°9, pouls : 90 ; régulièrement réglée, elle a cependant eu un retard de 11 jours à ses dernières règles, pas d'enfant, ni de F. C.

Abdomen souple, sensible à gauche.

T. V. : col un peu ramolli contre la symphyse, cul-de sac postérieur très saillant comblé par une masse qui s'étend vers la gauche, douloureuse à la pression ; on retrouve cette masse par le palper abdominal, remontant jusqu'à l'ombilic. Colpotomie le 17 novembre 1933, liquide séreux d'abord, puis pus inodore, drain en T.

La température ne baissant pas régulièrement, on fait 2 injections de Propidon suivies de défervescence ; l'écoulement ne diminue que lentement, on fait des lavages de la poche au Dakin : Ablation du drain le 21 décembre 1933.

Revue le 20 janvier 1934, ne souffre absolument pas, il persiste au toucher une grosse masse immobile collée contre la paroi pelvienne gauche.

Obs. IX. — Mme Dup..., 39 ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1933 pour douleurs abdominales à début brusque, datant de 5 jours. En réalité elle souffre par intermittences depuis 1930, de douleurs abdominales avec ménorragies, traitées médicalement.

T. V. Col contre la symphyse, regardant à gauche ; derrière lui, masse mollassse douloureuse ; l'utérus est perçu en avant, en position latérale droite.

Colpotomie le 20 novembre 1934.

Ablation du drain le 21 décembre 1933.

Revue le 10 avril 1934. Souffre un peu au moment de ses règles, l'utérus est un peu dévié, les culs-de sac sont souples et indolores.

Obs. X. — Mlle Har..., 18 ans, entre à l'hôpital le 24 novembre 1934 pour une crise douloureuse abdominale aiguë remontant à 5 jours ; elle a eu une crise analogue il y a 4 mois pour laquelle elle est restée en traitement 3 mois.

A l'entrée, température : 39°, pouls : 100, mictions douloureuses, quelques pertes blanches.

T. V. : col conique, petit, fermé, regardant dans l'axe du vagin, grosse masse latérale droite tendue, venant bomber dans le Douglas.

Colpotomie le 25 novembre 1933. Ouverture d'une collection séreuse sous tension ; on cherche une collection sus-jacente, pas de pus. Pas de drainage.

Soulagement immédiat, chute de la température.

Un mois après, corps en rétroversion légèrement douloureux, cul de-sac souples et indolores.

Obs. XI. — Mme Pich, 40 ans, entre à l'hôpital pour douleurs abdominales et pelviennes surtout marquées à droite, remontant à 2 ans ; elles ont augmenté depuis 8 jours, sont plus continues, accompagnées de vomissements : t. 38°5, 39° ; elle a eu un enfant il y a 20 ans, une F. C. il y a 15 ans ; a été opérée d'appendicite il y a 2 ans.

Irrégulièrement réglée, pertes blanches abondantes surtout depuis 8 jours.

T. V : Col fermé irrégulier, non ramolli, corps impossible à percevoir, cul-de-sac postérieur : masse douloureuse, mollassse, se continuant avec une masse comblant les culs-de sac latéraux.

Colpotomie le 22-1-34 : on ne trouve pas de pus ; la fièvre continue malgré 3 injections de propidon.

Le 4-1-34, vérification de l'incision vaginale ; pas de pus,

et cependant la malade a une rectite glaireuse continuelle.

Le 10-1-34, fièvre et rectite glaireuse persistent ; T. V. : cul de sac postérieur reste dur et tendu ; au toucher rectal, une masse très grosse bombe dans le rectum, très dure et remontant très haut.

Le 12-1-34, émission de pus en abondance avec les selles ; soulagement immédiat, chute de la température, l'écoulement se tarit rapidement, la diarrhée ne reparait pas mais il persiste une induration indolente dans le Douglas.

Obs. XII. — Mlle Chat..., 49 ans, entre à l'hôpital le 5-1-34, pour douleurs violentes ayant débuté la veille au soir avec élévation de température à 38°5. Elle a déjà été traitée pour salpingite, n'a pas eu d'enfant, n'a pas fait de F. C.

T. V. : Col volumineux, corps difficilement perçu en avant, cul-de-sac gauche et postérieur comblés par une grosse masse ramollie, douloureuse.

Colpotomie le 6-1-34. Sérosité plutôt que pus, drain en T. Ablation du drain le 17 janvier.

Revue en mai 34 : culs-de-sac libres, souples, utérus mobile.

Obs. XIII. — Mme Coll., 29 ans, entre à l'hôpital le 26 janvier 1934 pour douleurs abdominales bilatérales accompagnées de vomissements, presque sans température ; les douleurs ont apparus après une métrorragie de caillots et de sang le 20 décembre 1933.

T. V. : Cul de-sac postérieur très tendu, fluctuant, douloureux.

Colpotomie le 26 janvier 1934. Grosse quantité de pus, drain en T.

Sédation immédiate des phénomènes inflammatoires.

Ablation du drain le 16 février.

Obs. XIV. — Mme Lec ..., 37 ans, entre à l'hôpital le 7 novembre 1934 pour une fièvre persistant depuis plus de 15 jours, sans douleur ; elle a été opérée de salpingite droite en 1929, température : 39°5.

T. V. : col appliqué contre la symphyse ; on ne sent pas le corps utérin ; dans le cul-de sac postérieur grosse masse du volume d'une orange, bombant.

Ponction du Douglas ; blanche.

Colpotomie flot de pus verdâtre, drain en T, la température baisse progressivement ; ablation du drain le 9^e jour.

Obs. XV. — Mlle Moy..., 48 ans, entre à l'hôpital le 12 janvier 1934, pour douleurs abdominales qui deviennent permanentes depuis 15 jours, accompagnées de leucorrhée.

Vomissements, douleurs à la miction.

Elle a toujours été bien réglée, elle a fait une F. C. de 2 mois il y a un an.

Température : 39°5, abdomen douloureux.

T. V. : Col gros métritique, corps très peu mobile, cul de sac droit douloureux, à gauche, une masse se prolongeant en arrière, dure, douloureuse.

3 injections de propidon.

14 février 1934, la douleur a diminué à droite, la masse gauche a augmenté de volume et bombe, la température remonte à 39°5.

Colpotomie le 16 février 1934 : pas de pus franc, mais une cavité contenant quelques paquets fibrineux ; drain en T.

La température tombe dès le lendemain : ablation du drain le 25 février 1934 ; sort le 30 mars 1934.

Revue en mai 1934 : Utérus mobile, culs-de-sac souples et indolores.

Obs. XVI. — Kue..., 33 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1934, pour douleurs abdominales datant de 12 jours, avec exacerbation les deux derniers jours.

1 enfant, pas de F. C.

Température : 39°5, abdomen un peu douloureux.

T. V. : Col petit fermé, derrière la symphyse ; immédiatement en arrière, grosse masse irrégulière saillante à droite et dure, plus douloureuse à gauche.

2 injections de Propidon.

Le 21 février 1934 la masse est extrêmement saillante : colpotomie, l'incision donne issue à une grande quantité de liquide clair avec à la fin quelques gouttes de pus ; drain en T.

Le 23 février 1934, douleurs, vomissements, quelques pertes sanglantes, la température a tendance à monter, jusqu'à 39°5 le 28 la tuméfaction postérieure est moins saillante, mais les culs-de sacs latéraux sont blindés, le drainage est vérifié, fonctionne bien.

Intervention : Laparotomie, péritonite adhésive à liquide ascitique. pas de diffusion péritonéale. Deux énormes trompes infectées qu'on enlève en laissant l'utérus Mickulicz.

Suites simples.

Obs. XVII. — Mme Ron., 21 ans, entre à l'hôpital le 6 mars 1934, pour douleurs extrêmement violentes dans tout l'abdomen ; elle souffre depuis 2 ans 1/2, à la suite d'un accouchement.

Depuis 3 mois les douleurs apparaissent tous les mois avec les règles.

Ventre ballonné, très douloureux, température : 39°, pouls : 110.

T. V. : col refoulé en avant contre la symphyse par une masse postérieure assez dure donnant l'impression d'œdème vaginal au-devant.

Le 7 mars 1934, ponction du Douglas.

Colpotomie : issue abondante de pus et de sérosité, diminution de la douleur : baisse progressive de la température.

Le 12 avril 1934, les culs-de sac sont devenus absolument

souples ; seul le cul-de sac postérieur est le siège d'une induration ligneuse correspondant à la cicatrice de la colpotomie.

Obs. XVIII (Peukert). — Absès du Douglas consécutif au port d'un pessaire. Colpotomie. Fistule persistante, nécessitant une laparotomie. L'examen de la pièce montre une fistule communiquant avec un absès du corps jaune de l'ovaire.

Obs. XIX (Peukert). — Femme de 32 ans. Après une fausse-couche, absès du Douglas. Colpotomie. Fistule. Intervention en deux temps : 1° Evacuation de l'absès, par voie vaginale ; 2° laparotomie. Examen de la pièce : ovarite suppurée.

Obs. XX (Peukert). — Tentative d'avortement par injection intra utérine. Absès du Douglas. Colpotomie. Fistule persistante. Intervention en deux temps (comme obs. XIX). Examen de la pièce : trajet fistuleux passant par le corps jaune de l'ovaire ; l'examen microscopique y montre une cavité d'absès.

Obs. XXI (Peukert). — Malade colpotomisée deux fois pour pyosalpinx gonococcique. Fistule, mauvais état général. Hystérectomie difficile (adhérences au rectum et à la vessie). Guérison en trois semaines. Examen de la pièce : trajet fistuleux passant par le corps jaune de l'ovaire dont la structure histologique est profondément modifiée.

Obs. XXII. — Jeune femme de 22 ans, porteuse de salpingite bilatérale.

Grosse masse douloureuse et dure occupant le cul-de sac de Douglas.

Colpotomie : pas de liquide : on tombe sur un magma

d'adhérences saignant un peu. On ne draine pas. 8 jours après s'établit une fistule recto péritonéo-vaginale : les phénomènes inflammatoires cèdent. La fistule se tarit spontanément au bout d'un mois.

2 mois après on décide l'intervention radicale : gros utérus métritique, annexes volumineuses, mais il n'y a aucune adhérence des annexes au rectum ni au fond du Douglas, pas de cicatrice de colpotomie ni de fistule sur le rectum.

Hystérectomie subtotale facile. Guérison.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude du drainage par les voies vaginale et rectale des suppurations pelviennes chez l'homme et chez la femme, nos conclusions sont les suivantes :

I. — Chez la femme :

Les collections pelviennes extra ou intra-péritonéales, pelvi-péritonéales ou tubaires, qui arrivent au contact du cul-de-sac de Douglas doivent être drainées par colpotomie toutes les fois que les tentatives de refroidissement n'ont pas amené la régression des lésions. Elle revêt souvent dans ces cas l'aspect d'intervention d'urgence ;

Les collections plus haut situées, mais à portée de doigt, peuvent, excepté chez la femme âgée à passé génital chargé, être drainées par la même voie, à condition de prendre quelques précautions de technique ;

Dans tous les cas, le drainage doit être longtemps poursuivi pour avoir quelques chances de succès ;

Les complications sont toutes évitables avec une technique prudente, sauf la fistule tubo-vaginale. Encore semble-t-on avoir exagéré l'importance de celle-ci, et il

est curieux de constater que dans ces cas, l'ovaire est presque toujours le point de départ de la suppuration et de la fistule, plutôt que la trompe ;

Il est difficile d'apprécier d'après des statistiques la valeur des résultats éloignés, les cas, les techniques employées étant rarement comparables ; la colpotomie est en tout cas une intervention bénigne et c'est une intervention conservatrice. A ce double titre, elle mérite d'être tentée au besoin à plusieurs reprises, avant d'en arriver à l'intervention abdominale mutilante.

La ponction du cul-de-sac de Douglas pratiquée avec une grosse aiguille, ou l'étroite colpotomie exploratrice, suivant les cas, est une manœuvre qui a fait les preuves de son innocuité et des services qu'elle peut rendre dans les diagnostics gynécologiques délicats.

Son utilité est indiscutable dans les diagnostics d'urgence hésitant entre hématocele et annexite, d'une part, entre fausse-couche et rupture de grossesse extra-utérine à forme abortive d'autre part.

Elle a un rôle important aussi chaque fois que le cul-de-sac de Douglas est occupé par une masse sur la nature de laquelle la clinique ne donne pas de renseignements suffisants.

II. — Chez l'homme.

Aucun des procédés de drainage des collections pelviennes n'a résisté à l'épreuve du temps, sauf le drainage rectal ; celui-ci est d'ailleurs inspiré de la voie que choisit la nature pour l'évacuation spontanée de ces abcès.

Il trouve son indication majeure dans les abcès pelviens de l'appendicite, ceux-ci apparaissant dans des conditions extrêmement variables : au cours d'une appendicite pelvienne ou iliaque, au cours du refroidissement médical d'une crise ou après appendicectomie avec ou sans drainage.

Le toucher rectal, seul moyen de diagnostic, est aussi le seul moyen d'apprécier le moment optimum de l'intervention : lorsque la tuméfaction cesse d'être dépressible et réductible, l'incision peut être faite sans danger.

Le drainage rectal trouve son indication non seulement chez l'homme, mais aussi chez la femme : il est préférable à la colpotomie pour l'ouverture des abcès pelviens d'origine extra-génitale.

*
* *

Le drainage vaginal, le drainage rectal et la ponction du cul-de-sac de Douglas ont pour eux d'être des méthodes simples, sans danger à condition de s'en tenir à une instrumentation réduite et de proscrire les instruments tranchants ou pointus si la collection n'est pas immédiatement sous-jacente à la muqueuse.

Vu, le Doyen, •
ROUSSY.

Vu, le Président de la thèse
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

BABCOCK. — Abord vaginal de la cavité péritonéale (*Southern Surg.*, n° 3, mars 1934).

BAILEY. — Note sur le drainage des abcès pelviens par le rectum et indications du choix de cette voie (*Lancet*, n° 2, octobre 1927).

BAILLIS. — Indications de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes (*J. de Médecine de Bordeaux*, n° 107, novembre 1930).

BEAUSSIER. — Sur la ponction du cul-de-sac de Douglas (*Thèse Paris*, 1922).

BEGOUIN. — Revue française de gynécologie et d'obstétrique, février 1930.

BERARD et PATEL. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire en particulier par l'incision rectale (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, p. 868).

BERGESIO. — La colpotoomie postérieure (*Giorn. di Ginecol. e di Pediat.*, 1902, n° 2).

J. C. BLOCH et S. BLONDIN. — Les phlegmons pelviens (*Rev. méd. française*, avril 1931).

BOSCH ARANA. — Abord rectal des abcès pelviens enkystés (*Semana Medica*, mai 1921).

BOVÉE. — Drainage gynécologique pelvien, indications, méthodes et matériel (*Surg. Gyn. Obst.*, n° 28, mai 1919).

BRADBURN. — Abcès pelvien à la suite d'appendicite sup-

purée, drainage rectal (*Surgical clinics of North America*, octobre 1922).

BRAINE. — Abscès appendiculaire inter utéro-vésical, colpotomie antérieure (*Soc. de Chir. de Paris*, 1931, p. 152).

BROCA. — Récidive d'une appendicite 2 ans 1/2 après ouverture spontanée d'un abcès dans le Rectum (*Journal des Praticiens*, mai 1907).

BROWN. — Rupture des abcès pelviens dans la vessie (*Surg. Clin. North America*, n° 13, décembre 1933).

BUDZINSKAYA SOKOLOVA. — Abscès du cul-de-sac de Douglas d'origine appendiculaire (*Sovet Khir.*, n° 3, 1933).

BURNETT. — Drainage rectal des abcès pelviens chez l'homme (*Surg. Clin. North America*, n° 14, février 1934).

CADENAT et PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale (*Rapport au XXXVI^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1927).

CARAVEN. — Prolapsus de la trompe dans le vagin après hystérectomie par voie basse (*Soc. Chir. de Paris*, p. 1087, 1932).

CARDOT. — De la colpotomie dans le traitement de la péritonite généralisée d'origine puerpérale (*Thèse Paris*, 1910).

CHALIER et VERGNORY. — Ouverture des pyosalpinx dans le rectum (*Gyn. Obstétrique*, t. VII, 1923).

CHAPUT. — Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien (*Soc. Chir. de Paris*, juin 1904, p. 648).

CHAPUT. — Même sujet (*Soc. Chir. de Paris*, mai 1907).
Discussion : Picqué, Routier, Sieur, Broca, Reynier, Le Dentu, Maucclair, Toubert, Poncet, Walther, Guinard.

CHAZARAIN. — Des indications et de la valeur de la colpotomie postérieure dans le traitement des collections abdomino-pelviennes (*Thèse Paris*, 1909).

CHEVALIER. — Appendicite pelvienne (*Thèse Paris*, 1900).

CHIFOLIEU et MOYSE. — Ponction du Douglas et colpotomie exploratrice dans le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine (*Progrès Médical*, novembre 1932).

CHOCHLOW. — Pathologie des phlegmons du pelvis (*Zentralbl. f. Gynak.*, n° 48, septembre 1924).

CLERICI. — Diagnostic précoce et traitement des abcès du Douglas (*Gazz. d'Osped.*, juillet 1928).

CONDAMIN. — Étude analytique des lésions et symptômes de l'inflammation du Douglas (*Lyon Médical*, avril 1930).

CONRAD G. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction du Douglas (*Zentralbl. f. Gynak.*, mars 1928).

COUTEAUD. — Pelvi-péritonite consécutive à un phlegmon prostatique (*Gaz. des Hôp.*, 1906).

DAMBRIN. — Difficultés de diagnostic entre hématoécèle rétro-utérine et suppurations occupant le Douglas (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, février 1933).

DANIEL. — De la colpotomie dans les annexites (*Thèse Paris*, 1908).

DELANGLADE. — Abcès pelviens appendiculaires traités par incision prérectale (*Soc. Chir. de Paris*, 1900).

P. DELBET. — Les suppurations pelviennes de la femme, Paris, 1890).

DESMAREST et BENOIT. — L'avenir des colpotomisées (*Gyn. et Obst.*, juin 1932).

DONOVAN. — Colpotomie postérieure (*Med. J. of Australia*, octobre 1924).

DORMOY. — L'appendicite pelvienne (*Thèse Lyon*, 1897).

DRUECK. — Drainage vaginal des abcès pelviens (*Med. Times and Long Island Med. J.*, juillet 1931 ; id. *Intern. J. Med. and Surg.*, juillet 1932).

DRUECK. — Diagnostic des abcès pelviens (*Int. Journ. Med. and Surg.*, avril 1931).

DRUECK. — Drainage rectal et péri-rectal des abcès pelviens (*Illinois Med. Journ.*, décembre 1930).

DRUECK. — Abcès pelviens chez l'homme (*Urol. and Cutan. Rev.*, septembre 1931).

ENTWISLE. — Drainage rectal des abcès pelviens (*Pennsylvania Med. Journ.*, décembre 1920).

EVANS. — Abord rectal des abcès pelviens compliquant l'appendicite aiguë (*Minnesota Med.*, août 1922).

FAGERSTROM. — Perforation de la vessie par des abcès pelviens, 2 cas (*Journ. of Urol.*, août 1933).

FALK. — Colpotomie postérieure pour infection pelvienne, technique de Fraenkel (*Am. Journ. of Surg.*, septembre 1930).

J. L. FAURE. — La colpotomie (*Presse Médicale*, avril 1911 ; id. la *Médecine*, avril 1922).

J. L. FAURE. — Traitement des suppurations pelviennes (*La Gynécologie*, 1901, p. 392).

J. L. FAURE, SIREDEY. — Traité de Gynécologie.

FRAENKEL. — Incision vaginale dans les suppurations abdominales (*Revista de Gynecol. e d'obstetricia*, Rio de Janeiro, février 1934).

FOURNIER. — Indications de la colpotomie postérieure (*La Gynécologie*, p. 116, 1904).

GRASMAN. — Technique de l'examen du Douglas (*Munch. Med. Wochenschr.*, avril 1932).

GREENBERG. — Infection pelvienne chez l'homme et spécialement son diagnostic (*Med. J. and Rec.*, octobre 1932).

GRUNSFELD et DORING. — Abcès du Douglas au cours de la grossesse, 2 cas (*Zentralbl. f. Gynak.*, mars 1933).

GUENIOT. — Péritonite puerpérale, colpotomie (*B. et M. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, 1904).

HARTMANN. — Traitement des suppurations pelviennes (*Gaz. hebd. de Méd.*, 1896, id., *Presse médicale*, 1896, p. 451).

HARTMANN. — Gynécologie opératoire, p. 225.

HEINECK. — Drainage rectal des abcès appendiculaires (*Med. Times. New-York*, juillet 1928).

HENROTAY. — Simplicité et valeur diagnostique de la ponction du Douglas (*Bruxelles Médical*, juin 1930).

HENSON. — Drainage vaginal (*Minnesota Med.* mai 1920).

D'HERBECOURT. — De la voie vaginale sans hystérectomie (*Thèse Paris*, 1900).

HERMSTEIN. — Incision vaginale des foyers inflammatoires pelviens (*Deutsche Med. Woch.*, août 1924).

HEYNEMANN. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction du Douglas en gynécologie et en obstétrique (*Zentralbl. f. Gynak.*, avril 1928).

HINCHEY. — Drainage vaginal dans les suppurations pelviennes (*J. of Missonri Med. Ass.*, octobre 1918).

HOHENLOBBESE. — Technique du drainage du cul-de-sac de Douglas (*Zentralbl. f. Gynak.*, février 1925).

JABOULAY. — Drainage des collections péritonéales par la voie rectale (*Lyon Médical*, 1898, p. 143).

JEANNIN. — Péritonite puerpérale, colpotomie (*B. M. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1904).

KANZAL. — Absès du Douglas. Etiologie et traitement (*Bratislava lekar listy*, février 1933).

KLEINBERG. — Absès pelvien chez l'homme (*Arch. of Surg.*, juin 1927).

VON KONRAD. — Dangers et valeur diagnostique de la ponction du Douglas (*Zentralblatt. f. Gynak.*, février 1929).

LACASA VAL. — La colpotomie dans l'évacuation des abcès du Douglas. Technique (*Siglo Medico*, novembre 1930).

LANGER. — Diagnostic précoce de la péritonite à pneumocoques par ponction du Douglas par voie vaginale (*Zentralbl. f. Chir.*, mai 1933).

LECÈNE. — Thérapeutique chirurgicale.

LE DENTU. — Discussion sur le traitement des abcès pelviens (*Soc. Chir. de Paris.*, 1907, p. 494).

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

LEVEUF et GODARD. — Les lymphatiques du corps de l'utérus, étude anatomique et anatomo-pathologique, phlegmons pelviens, cancers du col de l'utérus (*Presse Médicale*, mars 1934).

LOEWE. — Diagnostic précoce de la péritonite à pneumocoques par ponction du Douglas par voie vaginale (*Zentralbl. f. Chir.*, décembre 1932).

MARGERV. — Ouverture du péritoine pelvien par voie ischio-sacrée (*Thèse Lyon*, 1891).

MAUCLAIRE. — Drainage prérectal d'emblée fait de bas en haut sans ouverture préalable de l'abdomen (*Soc. Anatomique*, 1897).

MAUCLAIRE. — Rapport à la *Soc. d'Obst. et de Gynécol.* sur 5 observations de péritonite puerpérale traitées par laparotomie ou colpotomie postérieure, janvier 1903.

MER. — De la colpotomie et de la vaccinothérapie dans les salpingites et les périsalpingites suppurées (*Thèse Paris*, 1926).

METIVET. — Traitement des infections périméto-salpingiennes (*Presse Médicale*, n° 18, 1928).

METIVET. — A propos de la communication de Leveuf sur le traitement des salpingites (*Soc. de Chir. de Paris*, 1932, p. 329).

MEYER. — Absès du cul-de-sac de Douglas d'origine appendiculaire ayant causé une infiltration extensive du paramètre (*Zentralbl. f. Chir.*, mai 1930).

MOLIN et CONDAMIN. — Du drainage par colpotomie après les interventions gynécologiques par voie abdominale (*Lyon Médical*, p. 221, février 1928).

Ch. MONOD. — Traitement des salpingites suppurées par incision vaginale. Discussion : Quenu, Ricard, Reynier, Schwartz, Bazy, Le Dentu, Hartmann, Tuffier, Chaput (*Soc. Chir. de Paris*, 1895).

MONOD et VANVERTS. — Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Avantages de l'incision vaginale (*Arch. gén. de médecine*, mai 1898, p. 513).

MORELY. — La colpotomie postérieure (*Thèse Paris*, 1899).

MORICE. — Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie (*Thèse Paris*, 1924).

MORLET. — Des indications de la colpotomie dans les inflammations pelviennes (*Thèse Paris*, 1903).

MORLET. — Des indications de la colpotomie dans les inflammations pelviennes (*Thèse Paris*, 1903).

MOULONGUET. — Prolapsus intra vaginal de la trompe après colpotomie (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1930, p. 131).

NATHER et OCHSNER. — Absès du cul-de-sac de Douglas secondaire à une péritonite (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, n° 188, p. 124, 1924).

OIKE. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction du cul du-sac de Douglas (*Japanese Journ. of Obst. et Gyn.*, n° 14, p. 131, avril 1931).

PACKART. — Un cas extraordinaire de drainage naturel d'un abcès pelvien (*Boston Med. and Surg Journ.*, n° 176, p. 807, juin 1917).

PAUCHET. — Drainage abdomino-rectal des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1904).

PENDL. — Incision par voie sacro-coccygienne d'abcès du Douglas d'origine appendiculaire (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 13 mars 1902).

PERRIN. — Absès pelvien consécutif à une opération pour ulcère du pylore (*Lyon Chirurgical*, n° 27, p. 134, février 1930).

PEUKERT. — Limites de la valeur de la ponction et de l'incision du cul de sac de Douglas dans le diagnostic et le traitement des affections gynécologiques (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.*, n° 95, p. 514, 1929).

PICQUÉ. — De la valeur de la colpotomie *La Gynécologie*, n° 3, 1898.

PRIBRAM. — Abord rétropéritonéal des abcès pelviens (*Zentralblatt f. Chir.*, n° 47, p. 128, décembre 1920).

POZZI. — De la colpotomie dans les suppurations pelviennes (*Semaine Gynécologique*, 1898).

RAYMOND. — De la colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave (*Thèse Paris*, 1908).

REYNIER. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Soc. Chir. de Paris*, p. 636, juin 1904).

RIPERT. — Contribution à l'étude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés (*Thèse Paris*, 1925).

RISSMANN et SCHMIDT. — Expérimentations et expériences sur la ponction du Douglas (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.*, n° 93, p. 363, 1928).

RITCHIE. — Incision rectale des abcès pelviens (*J. A. M. A.*, 71, p. 424, 10 août 1918).

RODRIGUEZ. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hémorragies pelviennes (*Thèse Paris*, 1895).

ROEDELIIUS. — Blessures de l'intestin au cours de l'ouverture des abcès du Douglas (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 51, p. 1131, 10 juillet 1925).

ROGGE. — Techniques et indications du drainage du cul-de-sac de Douglas (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 51, p. 1324, 7 août 1925).

ROSENBLAT. — Incision du cul-de-sac de Douglas dans les suppurations et hématoécèles pelviennes (*Thèse Paris*, 1896).

ROTTER. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1900.

SAILLANT. — Sigmoïdites et péricigmoïdites (*Thèse Paris*, 1903).

SANCHEZ Y ARCAS. — Ponction du cul-de-sac de Douglas en Gynécologie (*Progresos de la Clínica*, 38, p. 840, novembre 1930).

SCHNITZER. — La colpotomie postérieure méthode de diagnostic et de traitement (*Monatschr. f. Geburtsh. und Gynäk.*, 53, p. 430, 1920).

SÉNÉCHAL. — Etude des abcès pelviens de l'appendicite (*Thèse Paris*, 1908).

SOUPAULT et SEILLE. — L'appendicite pelvienne (*Revue de Chirurgie*, 1926).

L. SOURDILLE. — Traitement de l'infection puerpérale

grave par la laparotomie ou la colpotomie sans hystérectomie (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1905, p. 857).

SUTTON. — J. A. M. A., t. XX, 1898, p. 1438.

SZTHELO. — Valeur diagnostique de la ponction de Douglas (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 53, p. 1401, juin 1929).

TEODORESCU et CIORAN. — Drainage rectal dans le traitement de la péritonite appendiculaire (*Rev. de Cir. Bucuresti*, 21, p. 456, juillet 1929).

TOURNEUX et FABRE. — Difficultés du diagnostic des collections enkystées du Douglas. Hématocèle rétro-utérine prise pour une salpingite (*Revue franç. de Gynécol. et d'Obst.*, 28, p. 897, 1933).

TRUMBLE. — Traitement des abcès pelviens (*M. J. of Australia*, 2, p. 4, 1927).

WEBER. — Quelques considérations sur les abcès du Douglas de formation inattendue (*Semana Medica*, 2, p. 1493, décembre 1926).

WHARTON. — Abcès pelviens ; étude basée sur une série de 716 cas (*Arch. of Surg.*, 2, p. 246, mars 1921).

ZONDEK et KNORR. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction du Douglas (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 51, p. 2842, 5 novembre 1927).

1933. St-Amand (Cher). — Imprimerie CLERC (S. à R. L.)
